

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POST GRADO

**Satisfacción de los usuarios externos acerca de la
infraestructura y de la calidad de atención en la consulta
del servicio de gineco-obstetricia del Hospital de la
Solidaridad de Comas agosto 2011 – febrero 2012**

TESIS

**Para optar el grado académico en Magíster en Políticas y
Planificación en Salud**

AUTOR

Sara Carolina Zamora Chavez

Lima – Perú

2015



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA

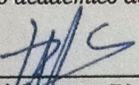
UNIDAD DE POST GRADO

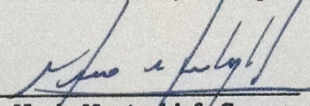


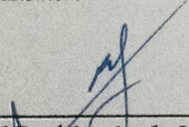
ACTA DE GRADO DE MAGISTER

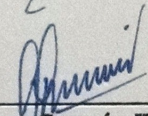
En la ciudad de Lima, a los 07 días del mes de agosto del año dos mil quince siendo las 12.00 horas, bajo la presidencia del Dr. Manuel Jesús Paredes Maravi con la asistencia de los Profesores: Dr. Teófilo José Fuentes Rivera Salcedo (Miembro), Mg. Mario Monteghirfo Gomero (Miembro) Mg. Ronald Espiritu Ayala Mendivil (Miembro) y el Dr. Cesar Hugo Guzmán Vargas (Asesor); la postulante al Grado de Magister en Políticas y Planificación en Salud, Bachiller en Obstetricia, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS ACERCA DE LA INFRAESTRUCTURA Y DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE LA SOLIDARIDAD DE COMAS AGOSTO 2011-FEBRERO 2012"** con el fin de optar el Grado Académico de Magister en Políticas y Planificación en Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **C BUENO 15**. A continuación el Presidente del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **Magister en Políticas y Planificación en Salud** a la postulante **SARA CAROLINA ZAMORA CHÁVEZ**.

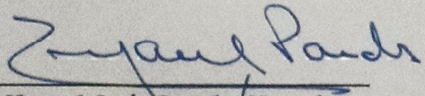
Se extiende la presente Acta en tres originales y siendo las 13.20 horas, se da por concluido el acto académico de sustentación.


Dr. Teófilo José Fuentes Rivera Salcedo
Profesor Principal
Miembro


Mg. Mario Monteghirfo Gomero
Profesor principal
Miembro


Mg. Ronald Espiritu Ayala Mendivil
Profesor Auxiliar
Miembro


Dr. Cesar Hugo Guzmán Vargas
Profesor Principal
Asesor


Dr. Manuel Jesús Paredes Maravi
Profesor Principal
Presidente

DEDICATORIA:

A mis padres, especialmente a mi madre María Consuelo Chávez, por brindarme todo su amor, esfuerzos, desvelos, valores para ser una persona de bien, enseñándome a no rendirme en la vida.

A mi amado esposo Rolando Vásquez Alva, quien comparte todas mis metas y objetivos con amor.

Indice General	Pag.
Lista de Tablas	II
Lista de Figuras.....	III
Lista de Anexos.....	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VII
 CAPITULO 1: INTRODUCCION.....	 1
1.1. Situación Problemática.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	6
1.3. Justificación de la investigación.....	6
1.3.1 Justificación Teórica.....	6
1.3.2. Justificación practica.....	8
1.4. Objetivos de la investigación	9
1.4.1. Objetivo general.....	9
1.4.2. Objetivos específicos.....	9
1.5. Variables.....	10
 CAPITULO 2: MARCO TEORICO.....	 11
2.1. Marco filosófico o Epistemológico de la investigación.....	11
2.2. Antecedentes de la investigación	13
2.3. Bases teóricas	15
2.3.1. Evolución histórica de la calidad	15
2.3.2. Principales autores y sus conceptos de calidad	23
2.3.3. Definición de la calidad	27
2.3.4. Dimensiones de la calidad	28
2.3.5. Como se mide la calidad	32
2.3.6. Etica y Calidad	33
2.3.7. La Percepción	36
2.3.8. Infraestructura de Salud en el Perú y Calidad.....	39
 CAPITULO 3: METODOLOGIA.....	 41
3.1. Descripción del área de la investigación.....	41
3.2. Diseño de la investigación	41
3.3. Población y Muestra.....	42
3.3.1. Tamaño de la Muestra.....	42
3.4. Técnica e Instrumentos de recolección de datos y tratamiento estadístico.....	42
 CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION.....	 45
4.1. Presentación de resultados.....	45
4.2. Análisis, interpretación y discusión de resultados.....	57
 CONCLUSIONES.....	 71
RECOMENDACIONES.....	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
ANEXOS.....	78

LISTA DE TABLAS

	Pag.
Tabla No 1. Medidas descriptivas de Edad de las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.	45
Tabla No 2. Pacientes atendidos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012 según edad.....	45
Tabla No 3. Pacientes atendidos en el servicio de Gineco-Obstericia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012 según zona de procedencia.....	46
Tabla No 4. Pacientes atendidos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012 según grado de instrucción.....	47
Tabla No 5. Resumen de puntajes obtenidos en la encuesta a pacientes del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas agosto 2011 febrero 2012.....	56

LISTA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Porcentaje de los Distritos de procedencia de las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	46
Figura 2. Porcentaje del Motivo para atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	47
Figura 3. Porcentaje de la percepción del paciente sobre si lo trataron bien al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	48
Figura 4. Porcentaje de la percepción del paciente sobre si le brindaron confianza al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	48
Figura 5. Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si le hicieron el examen completo al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012....	49
Figura 6. Porcentaje de la respuesta sobre si le explicaron el examen que le iban a realizar en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	49
Figura 7. Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si le explicaron con palabras fáciles de entender al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	50
Figura 8. Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si le dieron indicaciones claras en la receta. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	50
Figura 9. Porcentaje de la respuesta sobre si le explicaron los cuidados a seguir en casa. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	51
Figura 10. Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si las tarifas establecidas están a su alcance. Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	51
Figura 11. Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si el personal de salud respeta sus creencias al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	52
Figura 12. Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si el horario de atención del Establecimiento le parece conveniente al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	52
Figura 13. Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si el servicio cuenta con un vestidor para el paciente al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	53

Figura 14.	Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si le parecieron cómodos los ambientes del servicio al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	53
Figura 15.	Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si el servicio se encuentra limpio al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	54
Figura 16.	Porcentaje de la respuesta del paciente sobre el respeto a su privacidad al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	54
Figura 17.	Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si percibe que le resolvieron sus problemas de salud en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	55
Figura 18.	Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si se siente satisfechos al atenderse en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012.....	55

Lista de Anexos

	Pag.
Anexo 1. Consentimiento Informado	78
Anexo 2. Encuesta de Opinión	79

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS ACERCA DE LA INFRAESTRUCTURA Y DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LA CONSULTA DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE LA SOLIDARIDAD DE COMAS AGOSTO 2011 – FEBRERO 2012

Zamora Chávez, Sara Carolina

RESUMEN

Objetivo: Determinar el grado de Satisfacción de los Usuarios Externos acerca de la Infraestructura y de la Calidad de atención del Consultorio Externo del servicio de Gineco - Obstetricia del hospital de la Solidaridad de Comas Agosto 2011- Febrero 2012.

Metodología: Estudio de tipo cualitativo, transversal, descriptivo y observacional en 242 encuestas anónimas mediante un instrumento validado, SERVQUAL modificado, para su uso en los Establecimientos de Salud y Servicio Médico de Apoyo del Ministerio de Salud a pacientes del servicio de gineco-obstetricia del hospital de la solidaridad Comas entre los meses de Agosto 2011 a Febrero del 2012. Los datos se procesaron en SPSS 19.0 con estadísticas descriptivas, de frecuencia y porcentajes, media y desviación estándar, presentados con gráficos y tablas de frecuencia con un intervalo de confianza del 95% y 5% de error. Las variables principales fueron el Grado de satisfacción de los Usuarios respecto a la Calidad de atención y sobre la Infraestructura en la consulta del servicio de Gineco–Obstetricia.

Resultados: El promedio de edad fue de 41.41 años (DS 13,360), siendo los distritos de origen más frecuentes Comas e Independencia con 28.11% y 18.88%. 74% refiere que no ha llegado a concluir la secundaria o no la han iniciado. Un 68.28%. estuvo de acuerdo en cuanto a la atención y su percepción del trato y un 76.28%. están conformes en relación al examen clínico realizado. La “explicación con palabras fáciles de entender” tuvo un 73.89 % de aceptación. La receta prescrita en relación a si las indicaciones fueron claras, con un 75.1% Las tarifas con un 25.70% de totalmente de acuerdo, no tuvo una gran aceptación, aunque el 42.97% estuvo mayormente de acuerdo. 80.72% estuvo de acuerdo con el horario de atención establecido. Infraestructura tuvo porcentajes de aceptación bajos con un 29.72% de pocas veces de acuerdo por los vestidores y 55.75% no estaban de acuerdo con la comodidad de los ambientes. 71.89 % estuvo de acuerdo con la limpieza. La pregunta global para la percepción sobre calidad de atención obtuvo un 87.65% de acuerdo. El grado de Satisfacción de los Usuarios Externos fue de 72.58%. El grado de satisfacción de los usuarios en relación a la infraestructura fue de 63.58%.

Conclusiones.- El grado de Satisfacción de los Usuarios Externos acerca de la Infraestructura y de la Calidad de atención del Consultorio Externo del servicio de Gineco - Obstetricia del hospital de la Solidaridad de Comas Agosto 2011- Febrero 2012 fue de 70.92%

El grado de Satisfacción de los Usuarios Externos en la atención en la consulta externa de Gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas fue de 87.55% El grado de satisfacción de los usuarios en relación a la infraestructura del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas fue de 64.66%

Palabras claves.- Satisfacción usuario externo calidad de atención infraestructura

EXTERNAL USER SATISFACTION ABOUT INFRASTRUCTURE AND
QUALITY OF CARE IN CONSULTATION SERVICE OBSTETRICS AND
GYNECOLOGY SOLIDARIDAD DE COMAS HOSPITAL AUGUST 2011 -
FEBRUARY 2012

Zamora Chávez, Sara Carolina

Abstract

Objective: To determine the degree of satisfaction of external users on Infrastructure and Quality of Care Outpatients Service Gynecology - Obstetrics Solidaridad de Comas Hospital in August 2011 - February 2012.

Methodology: qualitative, cross-sectional, descriptive and observational study in 242 anonymous surveys using a validated instrument, SERVQUAL modified for use in healthcare facilities and Medical Service Support Ministry of Health to service patients of gynecology and obstetrics Comas hospital solidarity between the months of August 2011 to February 2012. The data were processed using SPSS 19.0 with descriptive statistics, frequency and percentages, mean and standard deviation presented with charts and frequency tables with a confidence interval of 95% and 5% error. The main variables were the degree of user satisfaction regarding the quality of care and the infrastructure at the Service query Obstetrics and Gynecology

Results: The mean age was 41.41 years (SD), being the most common home districts Comas and Independence with 28.11% and 18.88%. 74% report that it has reached the end of the school or have not started. A 68.28%. agreed terms of attention and perception of treatment and 76.28%. are satisfied in relation to clinical examination. The "explanation in words easily understood" had a 73.89% acceptance. The recipe prescribed in relation to whether the signs were clear, with a 75.1% The rates of 25.70% with a complete agreement, it was not widely accepted, although 42.97% of agree. 80.72% was largely agreed with the established hours. Infrastructure had low acceptance rates with 29.72% of seldom agree in the locker and 55.75% disagreed with the comfort of the rooms. 71.89% agreed with the cleaning. The overall question for the perceived quality of care obtained a 87.65% agreement. The degree of user satisfaction was 72.58% External. The degree of user satisfaction in relation to infrastructure was 63.58%.

Conclusions. - The degree of satisfaction of external users on Infrastructure and Quality of Care Outpatients Service Gynecology - Obstetrics Hospital Comas Solidarity in August 2011 - February 2012 was 70.92% The degree of satisfaction External Users in the outpatient care of Gynecology and Obstetrics Hospital Comas Solidarity was 87.55%

The degree of user satisfaction in relation to service infrastructure Gynecology and Obstetrics Hospital Comas Solidarity was 64.66%

Keywords. - User Satisfaction external infrastructure service quality

CAPITULO 1 INTRODUCCION

1.1. Situación problemática

En los países más desarrollados se revisaron los procesos para lograr una mejora en la calidad en salud, cuando se hizo evidente que en términos financieros se hacía cada vez más difícil cumplir con las necesidades de la población en materia de salud, habiendo comenzado numerosos factores a ejercer presiones extraordinarias al sistema, que tendían a una elevación ilimitada de sus costos empezando a constituir un problema económico de grandes magnitudes que amenazaba la competitividad de casi todas las economías del mundo.(Organización Panamericana de la Salud ,1998)

En el momento actual la mejora de la calidad de la atención en salud es un objetivo fundamental para los gestores de servicios de salud. Este objetivo nace de la necesidad de dar “una adecuada respuesta a las reales necesidades de salud de la población y por otra parte, porque es preciso responder satisfactoriamente a las expectativas de la gente”, pues la población no recibe pasivamente los servicios que se le brinda. Las bases para la evaluación de la calidad de la atención de la salud se sustentan en “motivos éticos, de seguridad y de eficiencia”. (Moreno 1998)

La dimensión ética tiene como una de sus fuentes lo señalado en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, referido al derecho de las personas a una mejor asistencia sanitaria posible, asignándole un valor social a la prestación del servicio de salud el cual debe contar con el principio de equidad con oportunidad de acceso a dichos servicios, con recursos adecuados en una dinámica de mejoramiento continuo del trabajo del personal de salud que debe estar imbuido de una mística de profesionalismo con moral y ética.

Hoy más que nunca la seguridad en la prestación de los servicios de salud alcanza sus máximas cotas a tenor de los riesgos en la atención de salud tanto para los pacientes como para los proveedores del equipo de salud por lo que los procedimientos, normas de seguridad y actuación bajo guías clínicas de consenso y actualizadas son herramientas de gestión que no se pueden dejar de tener en cuenta.

Países como el nuestro deben asumir una gestión basada en la eficiencia como uno de los pilares que impidan el derroche de los recursos que siempre son escasos, más aun en realidades como la nuestra. Calidad en la atención exige ser eficientes en la asignación de recursos y en el empleo de los mismos con objetivos principales en los procedimientos y en la administración. La calidad en estas últimas décadas se ha convertido en un área de especial interés para investigadores y gerentes debido a su impacto en el desempeño de los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad.

La política pública en calidad de la atención de salud surge tardíamente en los sistemas de salud. Su mayor desarrollo se produce en los países del hemisferio norte, principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica , siendo que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos conformó la Agency for Healthcare Research and Quality, (AHRQ), cuya misión fue “mejorar la calidad, seguridad, eficacia, efectividad, y costo-efectividad del cuidado de salud” (Agency for Healthcare Research and Quality,2012), mediante la investigación y análisis de las políticas de salud. En los países europeos, frecuentemente al impulso de algunas agencias intergubernamentales especializadas en salud El Reino Unido a través de una organización privada, la Fundación de la Salud, desarrolló la iniciativa Quest Quality and Improved Performance (QQUIP) dedicada al análisis de la política sobre la calidad y desempeño del Servicio Nacional de Salud, con base en evidencias. (Ministerio de Salud, 2009)

En América Latina en estos últimos años se han producido una serie de transformaciones importantes en la organización del Sistema Nacional de Salud, que han involucrado a la calidad de la asistencia como uno de los pilares fundamentales de la prestación de servicios de salud. (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

La calidad es entonces un aspecto central para dar seguridad a los pacientes, disminuyendo los riesgos en la prestación de servicios. Para esto es fundamental la necesidad de implementar un “sistema de gestión de calidad” en todas los establecimientos de salud, sistema que debe ser evaluado constantemente en un “círculo virtuoso de la calidad” sobre la base de dar respuesta a las inquietudes, expectativas y percepciones de los usuarios o pacientes.

La calidad es función principal de la relación que existe entre el prestador y el usuario o paciente. Esta es la concepción que recae en el usuario. Pues de su percepción sobre el trato recibido, la oportunidad de la atención, servicios accesibles y el respeto a la privacidad del mismo dependerá la sensación final de una atención de calidad. Es fundamental entonces las expectativas de los usuarios, que estarán satisfechos de la atención recibida cuando “los servicios cubren o exceden sus expectativas”(Ministerio de Salud,2002). A fin de cumplir con uno de los objetivos de la atención del paciente con calidad, el análisis de la satisfacción es un instrumento de medida de la misma en la atención en salud.

La situación de la calidad de salud en nuestro país “constituye actualmente uno de los mayores obstáculos para enfrentar con éxito los problemas sanitarios reconocidos como prioridades nacionales tales como la mortalidad materna, la mortalidad neonatal y la desnutrición infantil, las que, a diferencia de otros problemas de salud, requieren una adecuada capacidad resolutive y fundamentalmente intervenciones de calidad” (Ministerio de Salud, 2009)

En el Perú la satisfacción y la calidad que perciben los usuarios, es un fenómeno insuficientemente comprendido, en el cual, además la introducción de los enfoques y metodologías de la medición de la calidad son recientes. El tema de la calidad de los servicios de salud empieza a surgir en los años 80, y el interés se hace evidente en los servicios del sector público y privado. El Ministerio de Salud dentro del proceso de modernización, empezó a desarrollar proyectos de Mejoramiento Continuo de la Calidad, teniendo en cuenta la planificación, organización, evaluación y mejora. Liderando este proceso que fue complementado en la Política de Salud de 1995-2000, donde se definieron tres ejes centrales: La Equidad, la eficiencia y la Calidad. Desde entonces el enfoque de calidad se ha extendido a todos los servicios del sector, con mayor énfasis en los hospitales de tercer nivel, como parte de un proceso de modernización de la Gestión Hospitalaria. Posteriormente los lineamientos de Política sectorial 2002-2012 realizan un importante avance conceptual al definir como uno de los principios de la Política de Salud la Calidad de la atención como derecho ciudadano. A fines del año 2001 se dio un paso importante en el proceso de formación de la política pública de calidad en salud a nivel sectorial, con la

publicación del documento técnico del Sistema de Gestión de calidad en salud del Ministerio de salud. Este documento contiene la primera formulación de la política de calidad en salud. En el Plan nacional concertado en salud el año 2007 se recoge de manera explícita la preocupación por el desarrollo de calidad de la atención de salud a través de su quinto lineamiento titulado “Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad” y se traza como objetivo estratégico ampliar la oferta, mejorar la calidad y la organización de los servicios de salud del sector según las necesidades y demanda de los usuarios defendiendo además un conjunto de metas al 2011. Se ha plasmado documentos técnicos como la Política nacional de Calidad en Salud (MINSA 2009)

El Ministerio de Salud, junto a importantes organizaciones proveedoras de atención de salud, viene desarrollando iniciativas orientadas a mejorar la calidad de la atención de salud desde hace más de una década. Estas iniciativas son producto del esfuerzo conjunto de todos los niveles del sistema de salud contando con similar impulso por el desarrollo de la calidad en otras instituciones vinculadas al sector. (Ministerio de Salud, 2009).

Cuando se habla de Calidad de los servicios de salud, se debe tener en cuenta todos los procesos que se dan en la oferta, es decir, la gestión, la administración, el personal asistencial médico y no médico, el equipamiento, insumos, clima organizacional y otros. Todo ello se somete a la opinión del usuario, quien será finalmente el que recibirá el servicio y cuya percepción definirá el crédito y prestigio de la Institución.

La organización apropiada del proceso de desarrollo de la infraestructura física de los servicios de salud se constituye en tema de principal importancia. Un aspecto central de los establecimientos de salud para que sus servicios sean accesibles a la población debe ser complementada en la medida que sea necesario y dentro de las posibilidades de cada realidad, con la incorporación a dichos servicios de elementos y beneficios de la tecnología moderna.

La creación de infraestructura física en todos los sectores como MINSA, EsSalud, etc. para extender la cobertura de los servicios de salud, frecuentemente no ha tenido

una aplicación real fundamentalmente en realidades como la nuestra que no han dado la oportunidad ni el tiempo necesarios para que obedezcan a la planeación, diseño, construcción, equipamiento y mantenimiento. Debido a la necesidad de atender situaciones de “emergencia” muchas veces se han tenido respuestas inmediatistas en este campo, con actividades que si bien han facilitado soluciones en situaciones críticas solo han contribuido muy poco al desarrollo de la capacidad local con eficiencia para el manejo de inversiones en infraestructura física. Paralelamente los recursos físicos en salud y la infraestructura sufren un progresivo periodo de deterioro que exigen mantenimiento constante que aseguren la correcta operación e incrementen la confiabilidad de los mismos. (Gonzales, 1996).

La estructura es un conjunto estable de arreglos bajo los cuales se provee la atención lo que se refiere a la adecuación y manejo de recursos financieros con materiales y físicos y humanos. La evaluación mide la organización del servicio para proveer la atención de salud a un nivel de calidad establecido. Las mejores infraestructuras o instalaciones de establecimientos de salud atiende a los miembros prósperos de una sociedad y a la que no pueden acceder los grupos que menos tienen y que a menudo son los que más necesitan esa infraestructura.

En el Perú el Ministerio de salud ha emitido diversas normas técnicas para infraestructura en salud que sirven para el planeamiento diseño construcción y equipamiento de los mismos a fin de garantizar espacios que proporcionen un adecuado índice de seguridad confort y eficiencia que faciliten las actividades del personal médico y paramédico que reduzcan los riesgos innecesarios y que centralmente ofrezca al paciente un servicio eficiente y de alta calidad. Sin embargo aun es largo el camino por recorrer y optimizar esta realidad. (Ministerio de salud 1998)

En el año 2003 la Municipalidad de Lima Metropolitana crea un nuevo sistema de atención de salud denominado Sistema de la Solidaridad (Sisol) dirigido especialmente a la población de la periferia de bajos recursos o con dificultades en la accesibilidad a los servicios de salud. Este sistema cuya particularidad radica en la estructura, basada en container, con el tiempo produjo una aceptación importante de

la población, lo que se evidenció en encuestas de opinión pública, donde los sistemas tradicionales como Essalud, Minsa, Fuerza Armada tuvieron una aceptación mucho menor por parte de la población que la otorgada a los Hospitales de la Solidaridad. (Universidad de Lima, 2009)

En relación a los hospitales solidarios un trabajo encuentra que existe una fuerte relación y de manera directa entre la percepción de la calidad de la atención global y la percepción de la calidad de la estructura, es decir, que cuanto mejor percibe el usuario la calidad de la estructura, la percepción de la atención global es mejor. Continúa mencionando que existen evidencias que más de la mitad de los hospitales de la solidaridad cuentan con consultorios que están en buenas condiciones lo que permita el respeto a la intimidad de los pacientes y que hay evidencias para aceptar que casi la mitad de los hospitales de la solidaridad cuentan con una sala de espera que esta en regulares condiciones lo cual haría menos difícil la espera de los usuarios. (Liza, 2007)

Sin embargo, pocos trabajos han estudiado el nivel de calidad de atención o percepción de la calidad, relacionados a los Hospitales de la Solidaridad. Menos aun, no se han estudiado la percepción de la calidad de atención que brindan los diferentes servicios asistenciales de sus hospitales, que ayuden a sustentar una opinión y conclusiones sobre este sistema de atención traducido en el Sistema de Solidaridad y sus Hospitales Solidarios así como el enfoque de una política de atención con calidad de los mismos. Perú

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el grado de satisfacción de los usuarios externos acerca de la infraestructura y de la calidad de atención en la consulta del servicio de Gineco - Obstetricia del hospital de la Solidaridad de Comas Agosto 2011 –Febrero 2012?

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Justificación Teórica

A tenor con las corrientes internacionales, el Ministerio de Salud del Perú, desde hace varios años, en particular desde la década de los 90 del siglo XX, viene

impulsando la calidad de atención en los servicios de salud debido al ambiente competitivo, acorde a las recientes investigaciones sobre los consumidores donde se demuestra que las personas no encuentran satisfacción al nivel de sus expectativas sobre los productos y servicios de una entidad prestadora de salud a otra, no solo con el propósito de obtener un mejor precio o una atención mejor sino en la búsqueda de un servicio mejor, que preste las condiciones de accesibilidad, corto tiempo de espera, confiabilidad, cortesía etc.; todo esto debido a la nueva tendencia de la demanda. (Ministerio de Salud, 2006). La atención de calidad de un servicio, conlleva a reducir sistemáticamente los errores en su prestación, avanzando mucho más debido a que se están mejorando e innovando constante y sistemáticamente, elevando su competitividad en cuanto a la calidad del servicio, obligando a las demás entidades a buscar alternativas de competencia para poder sobrevivir.

Se reducen los costos debido a que hay menos errores, mejorando los procesos, un mejor aprovechamiento de los equipos, de los insumos, de las instalaciones y de los recursos humanos, logrando el mejoramiento e innovación de los servicios, siendo necesario estar reinventándose constantemente, siempre enfocado a las necesidades presentes y futuras de los usuarios. La calidad del servicio y la satisfacción del usuario externo e interno bien administrados pueden servir al hospital para alcanzar los objetivos más importantes y ambiciosos de la organización como: aumento de la rentabilidad, mayor retención del usuario, compromiso de los empleados, capacidad para atender nuevos usuarios, disminución de quejas y reclamos, reducción de costos gracias a menor cantidad de pérdidas, participación en el mercado, mayor producción con recursos actuales, mejorar y modernizar sus procesos de trabajo.

Las estrategias empleadas de intervención en calidad son: la auditoria de la calidad de atención en salud, medición de la satisfacción del usuario, autoevaluación, acreditación, mejoramiento continuo de la calidad y trabajo en equipo así como la seguridad del paciente. Esas estrategias son implementadas por los trabajadores en salud por lo que “estos se convierten en reales artífices de los cambios que el sistema de gestión de la calidad en salud busca promover y orientar” (Ministerio de Salud, 2006).

En el año 1993 se establece la acreditación de establecimientos de salud como una estrategia de garantía de la calidad en los Lineamientos de Políticas del Sector Salud planteados en el quinquenio 1995-2000. La calidad, eficiencia y equidad son parte sustanciales del mismo; en el 2001 se resuelve la creación de un Sistema de Gestión de la Calidad mediante RM 768-2001SA/DM, y en el 2002 se produce la creación de una Dirección de Calidad en la estructura orgánica de la instancia central del Ministerio de Salud. Escenarios similares y previos se dieron en la seguridad social a partir de la década de los 90.

Los Hospitales de la Solidaridad se crean a iniciativa del Municipio de Lima Metropolitana, debido a la necesidad de Servicios de Salud, dirigido a los sectores más necesitados de los conos de Lima, iniciando sus actividades un 23 de Abril del 2003 en el Distrito de Independencia, con más de 45 especialidades. Debido a conflictos con la Municipalidad de Independencia y no llegando a ningún acuerdo se traslada a la Av. Túpac Amaru Km. 7.5 paradero la Merced del Distrito de Comas un 24 de Julio del 2004, permaneciendo hasta la actualidad.

El Hospital de Solidaridad de Comas está categorizado como Policlínico Multifuncional con ayuda al Diagnostico Nivel I-3 móvil, de acuerdo a la Dirección de Salud, DISA Lima Norte por la Norma Técnica N° 021 Minsa/ D.G.S.P.VO1 por Resolución Ministerial 769-2004 MINSA y viene desarrollando sus funciones desde dicha fecha. Es necesario entonces conocer el grado de satisfacción de los usuarios externos acerca de la infraestructura y de la calidad de atención en la consulta del servicio de gineco-obstetricia, en relación a los conceptos y objetivos de la calidad en salud.

1.3.2. Justificación práctica

Actualmente el Hospital de la Solidaridad de Comas funciona en los llamados Contenedores, que son los sitios de almacenaje de mercadería que es trasladada por vía marítima a distintos lugares del mundo. Estos contenedores eran enviados a un depósito donde no tenían ninguna función, por lo que la Municipalidad de Lima Metropolitana crea un diseño de consultorios en los container acondicionados para realizar las consultas externas en zonas de la periferia de Lima, básicamente para la

población de escasos recursos económicos que no cuentan con ningún sistema de salud.

Los servicios que brinda el Hospital Solidario de Comas son en las especialidades clínicas y quirúrgicas así como, la de ayuda diagnóstica. Cuenta con servicios especializados como Medicina Interna, Cardiología, Gineco-obstetricia, Oftalmología, Radiología, Rehabilitación, etc. realizándose un promedio de 210 atenciones diarias por servicio.

Por ello se considera necesario conocer la percepción acerca del grado de satisfacción de los usuarios externos sobre la infraestructura y de la calidad de atención de la consulta externa del servicio de gineco-obstetricia en la orientación de los objetivos diseñados por el ente rector MINSA así como con la experiencia internacional que permita la mejora continua de la calidad conociendo fortalezas y debilidades del Hospital Solidario de Comas a fin de una mejor calidad de atención del mismo con base a evidencia producto de la investigación.

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo General

Determinar el grado de Satisfacción de los Usuarios Externos acerca de la Infraestructura y de la Calidad de atención del Consultorio Externo del servicio de Gineco - Obstetricia del hospital de la Solidaridad de Comas Agosto 2011- Febrero 2012

1.4.2. Objetivos Específicos

Determinar el grado de Satisfacción de los Usuarios Externos en relación a la atención de la consulta externa de Gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas.

Determinar el grado de satisfacción de los usuarios en relación a la infraestructura del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas.

1.5. Variables

Variable principal.

* La variable principal utilizada fue el Grado de satisfacción de los Usuarios respecto a la Calidad de atención en la consulta del servicio de Gineco– Obstetricia

Variables secundarias

*Grado de Satisfacción de los Usuarios Externos acerca de la Infraestructura del consultorio de Gineco-Obstetricia.

*La Satisfacción de los usuarios de la consulta externa de Gineco-obstetricia sobre la atención recibida.

CAPITULO 2 MARCO TEORICO

2.1. Marco filosófico o Epistemológico de la investigación

Por un periodo de 20 siglos a los médicos se les ha exigido excelencia y profesionalismo basados en principios y valores morales que han quedado traducidos en diferentes juramentos y códigos deontológicos, a través de los cuales las sociedades han buscado garantizar una conducta médica basada en las más estrictas exigencias morales.

La medicina como profesión es una actividad muy particular que obliga no sólo “al bien hacer” sino a la “perfección” (Gracia, 2008). La medicina como profesión, a diferencia de los oficios, poseía una responsabilidad moral, mientras que los oficios responsabilidad jurídica. La responsabilidad moral entonces, protegía a estos profesionales de la responsabilidad jurídica, de forma que un profesional responsable era inmune. Esta condición profesional propiamente dicha, con las características antes descritas, estaba prácticamente reservada a tres actividades: el sacerdocio, la realeza y la medicina. Igualmente existía una connotación sagrada de la medicina que expresada desde la antigüedad hacia mencionar a Galeno “Si el enfermo no admira al médico de algún modo como a un Dios no aceptará sus prescripciones”.

Esta connotación sagrada y suprajurídica en términos de la responsabilidad profesional exigía indudablemente perfección. Del médico siempre se ha esperado la perfección y la excelencia. Sin embargo, durante muchos siglos esta exigencia estuvo centrada en la figura del médico y en su quehacer profesional. El acto médico se llevaba a cabo dentro de un marco de “relación íntima, privada, paternalista, según el cual el médico tenía la obligación de actuar y el paciente la de obedecer” (d’Empaire, 2010).

Dos grandes cambios han ocurrido. La concepción clásica tradicional de la profesión ha sufrido el cambio de algunas características como la inmunidad y los privilegios. Asimismo en las últimas décadas ha ocurrido un extraordinario desarrollo científico-tecnológico y paralelo a ello los servicios de salud han devenido más complejos con centros pequeños hasta los más especializados con complejos niveles de funcionamiento donde también participa personal de enfermería, técnicos,

laboratoristas, farmacéuticos y personal administrativo, los cuales deben interactuar para la atención oportuna de cada paciente en particular, cada uno de ellos con problemas específicos que requieren un alto nivel de desempeño organizacional. Paralelo a ello y a pesar de lo anterior, los errores médicos se han incrementado con consecuencias en la morbilidad, mortalidad y los costos de atención.

Actualmente la medicina debe ir mas allá de la excelencia individual del médico que atiende. La excelencia del médico es un elemento indispensable pero no suficiente para logra una atención de calidad, la que debe entenderse como parte de un concepto mucho más amplio, en el cual la excelencia es parte de una maquinaria que debe funcionar dentro de estándares muy estrictos, hoy conocidos como “estándares de calidad”. Asimismo los cambios sociales, económicos, culturales, éticos y políticos se han orientado hacia la completa elaboración y desarrollo de los derechos de los pacientes. En parte, esto surge como reflejo de la importancia central que se ha dado a la completa aplicación del concepto de respeto a la persona y a la equidad en salud como un objetivo.

Documentos como la Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa mencionan que “el desarrollo de los sistemas de salud, su creciente complejidad, el hecho de que la práctica médica se haya vuelto más arriesgada y en muchos casos más impersonal y deshumanizada, a menudo implicando burocracia, y sin olvidar el progreso realizado en la ciencia médica y de salud y en la tecnología han llevado a colocar un renovado énfasis en la importancia de reconocer el derecho del individuo a la autodeterminación y a menudo en la necesidad de reformular garantías para otros derechos de los pacientes” teniendo como base documentos como la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la salud para todos y el modelo de atención sanitaria establecido en la Declaración de Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978 (Organización Mundial de la Salud, 1978)

La atención sanitaria entonces, comprende un amplio grupo de servicios que se ocupan de la promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, atención y rehabilitación. En consecuencia, el paciente se encuentra con una gran variedad de profesionales de la salud y desempeñando una gran variedad de roles, desde persona enferma y dependiente a cliente que recibe

consejo, o consumidor de productos de sanitarios para su autoadministración. Además, esta variedad de roles del paciente implica un contínuum de estados de salud, desde el bienestar total a la incapacidad permanente o enfermedad terminal. Como consecuencia, actualmente existe un énfasis mayor en alentar la elección individual y la oportunidad para ejercitarla libremente, así como un compromiso para crear mecanismos que garanticen la calidad de la atención sanitaria.

La calidad en la atención se ha transformado en un requisito fundamental de todo servicio sanitario. Han surgido diferentes modelos de calidad de atención. Sin embargo, por lo general estos se implementan como procesos administrativos, gerenciales y alejados de la realidad del personal que los debe utilizar. La calidad de atención debe ser percibida no sólo como un problema médico gerencial, sino como un problema moral y, como tal, estar sustentado en una educación en valores que garantice la participación activa de todos los actores del sistema, siendo la excelencia, la solidaridad y el profesionalismo valores fundamentales.

2.2. Antecedentes de la investigación

Desde principios de la década de los ochenta el conocer la perspectiva del paciente con respecto a la atención recibida fue constantemente creciente en función a mejorar la calidad de la misma.(Zeidenstein,1980). Desde esa época, diversos trabajos, a nivel internacional primero y luego nacional han desarrollado el tema de la percepción de la calidad por los usuarios o pacientes. (Liza, 2007) (Cuevas, 2004) (Gonzales, 2008) (DelCid, 2008) (Casalino-Carpio, 2008) (Seclen-Palacin&Darras, 2005) (Andia et al, 2002)

Cuevas A.C. (2004) en Puerto Rico, en su investigación “Modelo para medir la calidad en los servicios brindados por los hospitales puertorriqueños” refiere que los pacientes miden la calidad en términos de los factores como respeto y cuidado, disponibilidad de servicios, atención al paciente, cuidados especiales, apariencia, eficacia y efectividad, servicios de comida, evidencia física y servicio a tiempo. Estos factores son similares a los obtenidos en estudios realizados en Singapur y E.E.U.U.

González Méndez (2008) en Costa Rica cuyo trabajo sobre la “Calidad de la atención en el servicio de urgencias del área de salud Heredia Cubujuqui desde la perspectiva del cliente” encuentra que “se evidencia que los principales aspectos que el cliente valora de la atención en Urgencias están relacionados con los tiempos de espera para la atención, tanto médica como en la recepción y la falta de información al ingreso del establecimiento, por tanto, los esfuerzos institucionales deben concentrarse en resolver dichos aspectos para lograr una mayor satisfacción de los usuarios”.

Del Cid (2008) en Guatemala en un estudio acerca de la satisfacción y la atención que recibe el paciente en el centro materno infantil S.A. (CIMISA) muestra que la satisfacción es un sentimiento subjetivo del cliente que tiene un gran valor para la gestión, ya que permite evaluar la aceptabilidad de los servicios. Las expectativas sociales y de cada cliente en particular sobre cuál es el nivel aceptable/inaceptable de servicios se construyen a partir de la experiencia personal y del entorno, y a menudo están en relación con el desarrollo social, de manera que atenciones consideradas aceptables en determinado momento no lo son al cabo de pocos años o en un contexto social diferente

Casalino-Carpio (2008), estudiando la consulta externa del servicio de medicina interna de un hospital general encuentra mayor insatisfacción en la percepción de los pacientes usuarios. Remarca que es posible que las mediciones de la calidad tengan consecuencias inadvertidas sobre el profesionalismo de los médicos al guiar los actos médicos solamente hacia mejorar los índices con que las autoridades miden la calidad y desatender las necesidades reales del paciente.

Seclén-Palacin & Darras (2005) , realizando un análisis secundario de los datos de Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 2000 encuentra una Satisfacción del Usuario fue 68,1% y 62,1% para los Centros de salud y hospitales, respectivamente para luego recomendar el “establecer un sistema de monitoreo de la satisfacción y sus causales, identificando las experiencias de los pacientes durante su itinerario en el establecimiento de salud con la Satisfacción del Usuario como “enfoque proceso”,

promoviendo estrategias de uso de información entre los gestores y el personal de salud.

Liza C. (2007), en su trabajo percepción de la calidad de atención en hospitales de la solidaridad de la Municipalidad de Lima en el cono norte encuentra que la percepción global total de la calidad de atención en los hospitales de la solidaridad en el cono norte fue de 82.3 % siendo una de sus recomendaciones el planear y ejecutar estudios comparativos frente a otros hospitales de la solidaridad de otros conos de lima para establecer estándares de calidad de la atención en salud.

Andía et al (2002) encuentra un porcentaje tan alto como el 81,6% de usuarios satisfechos siendo una de sus amplias recomendaciones el evaluar periódicamente la satisfacción del usuario, pues el orden relativo de las necesidades o expectativas de los clientes y la percepción de la calidad de atención puede cambiar con el tiempo.

2.3. Bases Teóricas

2.3.1. Evolución histórica de la calidad

La preocupación por atender pacientes con la mayor calidad posible es tan antigua como la práctica clínica misma, tal como puede observarse en documentos históricos existentes, variando las distintas concepciones de calidad en función al devenir histórico y sus distintas maneras de interpretar el mundo, es decir su cosmovisión.

En el Código de Hammurabi en el año 2000 a. C. que es el primer código conocido en la historia se observa una guía de procedimientos legales en la que se imponen penas por acusaciones injustificadas, falso testimonio y errores judiciales. No contiene normas jurídicas acerca de temas religiosos. Sus principios se basan en concepciones comunes entre los pueblos semitas, del "ojo por ojo". La protección del Código se ofrece a todas las clases sociales babilónicas: el Derecho protege a débiles y menesterosos, mujeres, niños o esclavos contra la injusticia de ricos y poderosos. Los artículos sobre daños personales indican que existían penas por práctica médica incorrecta, así como por daños causados por negligencia en actividades diversas. Los médicos están expuestos a pagar indemnizaciones e incluso ser mutilados por haber realizado una operación defectuosa. (San Martín, 1999).

El papiro de Ebers encontrado en 1862 en Egipto, el más antiguo libro completo de medicina, contiene novecientas prescripciones que datan en el 1500 A.C. Está repleto de hechizos y exorcismos que buscaban arrojar a los malos espíritus del cuerpo y con ello a la enfermedad.

El código egipcio de moral médica contiene castigos todavía más severos que el código babilónico. Si el paciente moría pero el médico se había apoyado en los libros, a este no se le censuraba. Pero si se había apartado en lo más mínimo y el paciente moría, lo pagaba con su vida. (Mancini, 2004).

En China, Huang di Emperador Amarillo, se le atribuye la invención de los principios de la medicina tradicional china uno de los primeros vestigios de esta medicina lo constituye el Nei jing, o *Canon médico del Emperador Amarillo*, que es un compendio de escritos médicos datados alrededor del año 1000 a. C. a 2600 a. C. y que representa uno de los pilares de la medicina tradicional china en los cuatro milenios siguientes.

Hipócrates de Cos 500 a. C., médico de la antigua Grecia que ejerció en el siglo de Pericles, llamado el «padre de la medicina» establece las primeras bases éticas y legales de cumplimiento obligatorio muchos de cuyos preceptos siguen hoy vigentes. (Enciclopedia Británica, 1911).

Galeno 200 d. C médico griego, estableció la base de la morfología humana y animal, describiendo muchos aspectos de la anatomía. En su texto "Sobre los procedimientos anatómicos" explica la forma de la mesa de disecciones y la técnica de estudio anatómico. El enfoque principal de Galeno, desde el punto de vista de la "medicina interna" perduró prácticamente hasta el Renacimiento. La influencia de Galeno fué decisiva en la evolución de la medicina. Sostuvo como tesis que la salud del individuo se basa en el equilibrio entre la sangre y una serie de humores conocidos como bilis amarilla, bilis negra y flema, puede considerarse precursor de la observación científica de los fenómenos fisiológicos. (Galeno 2002).

Las primeras evaluación sistemática de la atención sanitaria son realizadas por epidemiólogos como el trabajo escrito por Sir W. Petty considerado uno de los padres de la epidemiología moderna. Compara por ejemplo los hospitales de Londres

y París concluyendo que “los hospitales de Londres son mejores que los de París, pues en los mejores hospitales de París fallecen 2 de cada 15 pacientes, mientras que en los peores hospitales de Londres fallecen 2 de cada 16” Se observa así la continuidad desde los primeros tiempos en la medicina la preocupación por las sociedades por la evaluación y mejora de la práctica profesional.

Varios autores están de acuerdo en señalar a Florence Nightingale como la incitadora de la calidad en el trabajo en salud, ya que en el Barrack Hospital durante la guerra de Crimea (1854) encontró una tasa de mortalidad de los pacientes del 40%. Al cabo de algunos meses de aplicar mejoras sobre todo en la higiene de los hospitales, así como dieta adecuada, y la preocupación por un material sanitario adecuado y limpio redujo la tasa de mortalidad al 2%. Después estableció los primeros estándares de la práctica de enfermería en su clásica publicación *Notes on Nursing* (1860), que se refieren a las condiciones estructurales en las que se realiza la atención. (Alvarez Baza, 2003).

Ya iniciado el siglo XX existe en Europa y EEUU una preocupación por mejorar la enseñanza de la medicina por lo que se elabora el Informe Flexner (1910), que desnuda la falta de estandarización de los estudios de medicina y la deficiente formación. Producto de sus recomendaciones se cierran un importante número de facultades de medicina en EEUU. Un cirujano de Massachussets General Hospital, en Boston, el Dr. Ernest Codman trabajaba el tema de los resultados quirúrgicos. Es uno de los fundadores del American College of Surgeons. Codman planteó que "Todo hospital debería realizar un seguimiento de cada uno de los pacientes que trata durante el tiempo suficiente para saber si el tratamiento ha sido positivo y si no lo ha sido averiguar las razones". Fue encargado de desarrollar el programa de estandarización de los hospitales en 1918 que se basó principalmente en aspectos estructurales, que consistían en cinco reglas basadas en la cualificación del personal, calidad de la documentación clínica, uso de la documentación clínica, tratamiento que recibía el enfermo, revisión de la asistencia por colegas. Este fue la base del futuro desarrollo de la Joint Commision on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). (Sociedad Española de Salud Pública y Administración de Salud, 2002)

Se continúa así en el siglo XX la evaluación sistemática de la calidad de la atención sanitaria y sobre el periodo en el que diferentes modelos y estrategias en los programas de evaluación de la atención sanitaria conviven y van sucediéndose a lo largo del tiempo

En los años 30 se publicó el informe de Lee y Jones sobre el coste de la atención médica con una lista de características de acuerdo a las cuales se debía evaluar la calidad de la atención de los profesionales y los hospitales. Estos criterios han sido punto de referencia del desarrollo de los esfuerzos de calidad durante muchos años.

En la década de 1940 la aportación más importante nace de Paul Lemboke cirujano de la Jhon Hopkins University Medical School, el cual desarrollo un nuevo método para evaluar la calidad: el audit médico. Lemboke estaba muy preocupado por la variabilidad de resultados que observaba en su práctica diaria, estableció lo que fue el desarrollo de los criterios explícitos que permitían la comparación entre centros y profesionales y una sistemática de recogida de información. (Penacho, 2001).

En 1951 y 1952 se crea la Joint Commission on Accreditation (American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association , American Medical Association y Canada Medical Association) creando una plataforma organizativa. Después de varios años la Canada Medical Association se separa para crear junto con otras asociaciones canadienses el Canada Council on Hospital Accreditation, difundiendo la acreditación de los hospitales en Canadá.

En 1966 surge Avedis Donabedian, un hito del control de la calidad quien formuló la conocida estrategia sobre la evaluación de la calidad asistencial basada en la estructura, el proceso y los resultados y establecía las bases para el futuro desarrollo metodológico y de investigación de los años siguientes

En 1972 en los Estados Unidos la Professional Standards Review Organization (PSRO) nace con el objetivo de revisar la calidad de la asistencia que prestaban los hospitales concertados con los programas Medicare y Medicaid.

También durante este periodo se da el inicio de los métodos de resultados donde J. Williamson introdujo una nueva metodología con la formulación del concepto ABNA (achievable benefit not achieved, beneficio posible no alcanzado), el cual mide los estándares considerados entre los deseables para el diagnóstico y tratamiento y la práctica real evaluada mediante la revisión de las historias clínicas y el estado de salud del paciente y los envíos de cuestionarios en el que daban información sobre el estado de su salud en ese momento.

En fines de los años 70 y los 80s A. Donabedian y de RH. Palmer desarrollan sobre la definición y naturaleza de los estudios de la calidad. La aportación de RH. Palmer sobre las dimensiones de la calidad influyó de forma decisiva en la conceptualización de esta disciplina. Se inicia también el investigar sobre los resultados de la atención por lo que la opinión de los pacientes es tomada más en cuenta y B. Hulka realiza estudios sobre la satisfacción de los pacientes en el ámbito de la atención primaria.

Durante los años 80 se enfoca la preocupación de los sistemas de salud en la contención de costes, creándose sistemas de pago prospectivo por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), lo cual se manifestó en la calidad, mediante el desarrollo de los métodos concurrentes de medición de los servicios prestados. A nivel internacional se desarrollan los programas de mejoramiento continuo de la calidad en la atención.

La JCAHO establece como requisito para la acreditación de los centros y su funcionamiento, planes de calidad integrados a nivel global y los sistemas de monitorización, como mecanismo para realizar la valoración global de un servicio.

En esta década donde cobra mayor fuerza la influencia de los conceptos y estrategias de la calidad industrial que se los adaptaba al sector sanitario. Autores como Shewhart, Deming, Feigenbaum, Juran, Crosby, y autores japoneses como Taguchi, Ishikawa son comunes en el lenguaje de los gestores en salud. Ellos aportan la idea de la Mejora continua de la calidad, el uso de métodos estadístico para lograrlo, la necesidad de conocer las inquietudes de los usuarios, el concepto del cambio de la cultura organizacional con participación de directivos y empleados de toda la organización con preponderancia de capacitación constante de estos temas.

En la década de los 90, se plantea que las técnicas de mejora de la calidad utilizadas en la industria podían ser aplicadas con éxito en la atención sanitaria. La mejora continua de la calidad como esfuerzo integrado se dirige fundamentalmente a los clientes y no como hasta ahora que había sido a las actividades de los profesionales. El propósito y el éxito de una organización se basan en sus clientes internos y externos. Se asienta el concepto de la mejora continua de la calidad integrándose en una filosofía de mejora continua orientada a los clientes y dentro de ellos están los empleados que sienten querer dar lo mejor de sí mismos pues son los que mejor conocen su propio trabajo y que deben estar implicados en la planificación de mejoras.

Se profundiza en las habilidades interpersonales ya que se generan mejores ideas y se hacen los cambios más rápidamente si las personas que están más cercas de los procesos están implicados en el análisis y en la toma de decisiones. En las organizaciones se debe estimular el estilo de gestión participativo, la formación continuada para todos los profesionales, la dinámica de grupos, comunicación entre clientes, etc. Es en esta década donde la preocupación creciente por la variabilidad de la atención, se traduce en un esfuerzo casi generalizado de sistematización de la evidencia científica mediante el desarrollo de "guías de prácticas clínicas", en las cuales se establecen la conducta diagnóstica y terapéutica adecuada a cada patología. Es de notar que el desarrollo más importante en los últimos años, es el papel de los pacientes en el sistema de salud pues la demanda de la sociedad hacia los temas de calidad en los países desarrollados se ha generalizado a todos los ámbitos del servicio y por tanto a los servicios sanitarios. El aumento de la demanda social hacia los temas de calidad está cambiando también la forma en que se dispensa la atención sanitaria.

Se ven reflejadas las siguientes etapas de la calidad durante su evolución a través de la historia según J.Rico Menéndez (2001).

Etapas Artesanal.- está caracterizada por los gremios en donde los maestros artesanos se convirtieron en formadores de los aprendices. Durante los siglos XIII XIV, había pesos y medidas que permitían comparar los trabajos de todos los

artesanos con los demás, aunque sería al final el cliente el que seleccionaba y decidía la calidad deseada. En esta etapa el trabajo individual y la realización de productos o servicios, tenía una relación directa y personal al hacer los trabajos a la medida del cliente.

Etapas Revolución Industrial.- caracterizada por productos a más bajo coste y estándares, para llegar a una producción que antes no los consumían. Bajan los precios y también la calidad del producto debido a los fallos del sistema de producción. Aparece Taylor, que racionaliza el trabajo e intenta solucionar los problemas mediante la planificación y división de procesos de tal manera que capacita a los obreros no especializados. Henry Ford introduce la línea continua de montaje para automóviles con tecnología compleja y obreros no especializados. La producción se preocupa fundamentalmente de cumplir los requisitos de cantidad y tiempo, dejando en segundo plano a la calidad de los productos.

Etapas del control de la calidad.- se entiende como el de la conformidad, a las especificaciones y se mide en porcentajes de productos correctos al finalizar el proceso. Las empresas crean departamentos de inspección para controlar la calidad, introduciendo el proceso de inspección y control de la producción antes de la entrega al cliente. El control de calidad se realizaba como inspección final y consistía en descubrir la no calidad antes de que el producto o servicio se entregue al público, con el inconveniente de los costes del proceso de inspección y los productos desechados por defectuosos.

Para ello, en 1924 Walter Shewhart introdujo el control estadístico de calidad, que demostró como en cualquier proceso se producen variaciones que afectan a los resultados y por tanto a los requisitos del producto final. Estas variaciones deben de estar identificadas y descubrir donde, cuando y como se producen para mejorar el sistema de producción y la calidad de los productos.

Etapas del Aseguramiento.- el aseguramiento de la calidad comienza al deducirse que las causas de no calidad, identificadas en la etapa anterior de control de calidad, obligaba al establecimiento de sistemas que evitasen los fallos en todo momento. Comienza el desarrollo de las normas cuyo cumplimiento es asegurar la calidad actuado como sistema preventivo. Aparecen las normas British Estándar 600 (1935) y la Z-1 Standard para el control de los materiales militares. Comienzan a desarrollarse las normas ISO (International Standards Organization), y el

aseguramiento de la calidad va mas allá que la evaluación como control, ya que obliga al cumplimiento de unos requisitos que deben ser mantenidos a lo largo del proceso. El control de calidad se refiere a los productos finales, mientras que el aseguramiento se centra en el conjunto de procesos, desde la entrada de materiales, durante el proceso de producción, y al final.

El aseguramiento de la calidad implica la gestión y establecimiento de estándares en cada elemento clave del proceso para asegurar la calidad del producto. Al final de la década de los 50, Juran define la calidad como” aptitud para el uso “, lo que amplia un poco más la idea de aseguramiento en cuanto a planeamientos de organización y evaluación.

Etapas Calidad Total.- en los años 70 Deming populariza el concepto de la Calidad Total, como método de gestión cuyo objetivo es mejorar la organización, los productos y la satisfacción del cliente. La diferencia esencial con las etapas anteriores no depende de las especificaciones o del uso, sino de la satisfacción del cliente, encontrándose aspectos tan variados como la satisfacción del cliente en la gestión, administración y atención personal. El papel de la dirección y la implicación de todos los trabajadores se convierte en el factor esencial del cambio.

Durante el presente siglo el desarrollo de la calidad, ha tenido las siguientes características plasmadas en cinco etapas principales de su desarrollo.

1º Etapa. Desde la revolución industrial hasta 1930.

Antes de la revolución industrial el trabajador era el responsable de la producción completa de un producto fundamentalmente de manera artesanal lo que con la revolución industrial se transformo el trabajo manual por el trabajo mecanizado.

Conjuntamente con ello, los sistemas de fabricación necesitaron de quien certifique la calidad del trabajo por lo que aparece el supervisor y los inspectores que detectaban los productos defectuosos de los aptos para la venta.

2º Etapa. 1930-1949.

Etapas caracterizada por la segunda guerra mundial que necesito de una enorme producción y su correspondiente control estadístico que dio lugar a la inspección por muestreo en lugar de la inspección al 100%.

Se agrega aquí no solo conocer y seleccionar los desperfectos sino también la toma de acción correctiva sobre los procesos tecnológicos.

En esta época “la orientación y enfoque de la calidad pasó de *la calidad que se inspecciona a la calidad que se controla*”

3° Etapa. 1950-1979.

Es el período posterior a la Segunda Guerra Mundial, y la calidad se centra en hacer hincapié en la inspección, tratando de no sacar a la venta productos defectuosos, siendo que predominaba vender lo que se producía. Los anteriores conceptos centrados en el incremento de la producción para vender más, cambian a producir con mayor calidad para poder vender lo mejor, en función a las necesidades del consumidor y produciendo en función del mercado. La calidad y su orientación se construyen desde adentro.

4° Etapa. Década del 80.

En esta etapa surge la Dirección Estratégica de la Calidad, la que encamina el logro de la calidad de la empresa en un perfeccionamiento continuo.

El mercado y el conocimiento de las expectativas de los clientes, son la base para edificar una empresa y su organización que las satisfaga.

Desde la alta dirección y los miembros de la empresa la calidad es responsabilidad central pues la misma era una oportunidad competitiva.

5° Etapa. 1990 hasta la fecha.

En esta etapa pierde sentido la distinción entre producto y servicio siendo que el cliente engloba totalmente el producto ofrecido buscando la Calidad total desde dos puntos de vista, calidad perceptible que es subjetiva y calidad factual referente a la marca y lo que representa.

2.3.2.Principales autores y sus conceptos de calidad

La palabra *calidad*, proviene del latín "*qualitas*" y fue empleada por primera vez por Cicerón para transmitir este concepto de la lengua griega. Su concepto y aplicación variaron, originando ciertas confusiones. Esta con frecuencia se utiliza como “atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios”.

Edwards D.& R. Mendez (2001) planteó que la Calidad se lograba cuando los costos disminuían al producirse menos errores, menos reprocesos, mejor utilización de la maquinaria, del equipo y de los materiales, y menos demora en la fabricación y en la entrega. Su estrategia se basaba en catorce puntos claves:

1. Crear un propósito de mejora del producto y del servicio.
2. Adoptar una filosofía que elimine los niveles aceptados de errores.
3. Suspender la dependencia de la inspección mediante el control del proceso.
4. Terminar con la práctica de hacer negocio sobre la base del precio. (Homologación de los proveedores que genere confianza y fidelidad).
5. Mejorar constantemente y para siempre el sistema de trabajo mediante la planificación y mediante la aplicación de una metodología concreta en la producción.
6. Aplicar métodos de entrenamiento en el trabajo.
7. Adoptar un concepto de Liderazgo que permita fomentar el trabajo en equipo y lograr una mayor productividad.
8. Eliminar el miedo y fomentar la confianza para que todos trabajen con efectividad.
9. Romper las barreras entre los departamentos. Todos forman parte del mismo equipo y deben trabajar en la misma dirección.
10. Eliminar eslóganes y metas encaminadas a incrementar la productividad si no se proporcionan los medios adecuados para ello.
11. Eliminar cuotas numéricas. Si la principal meta es la cantidad, la calidad se ve afectada.
12. Eliminar las barreras que se encuentran entre el trabajador y el derecho a sentirse orgulloso de su trabajo.
13. Instituir programas de formación para mejorar las capacidades.
14. Crear una estructura en la alta dirección que impulse los 13 puntos anteriores implicando a todo el personal en la transformación.

Se resume en su Ciclo PDCA de Mejora Continua, conocido como Ciclo Deming: Planificar (P), hacer lo que se planifica (D), medir y controlar lo que se hace (C), y actuar en consecuencia para Mejorar los Resultados (A).

Joseph J.& R. Menéndez (2001). definió la calidad como la "Adecuación al uso", es decir, la forma de adecuar las características de un producto al uso que le va a dar el consumidor. Se puede decir que es el promotor del Aseguramiento de la Calidad y

que sienta las bases para La Calidad Total. Propuso una Trilogía de Calidad basada en:

1. Planificación de la Calidad: Consiste en determinar las necesidades de los clientes y desarrollar los productos y actividades idóneos para satisfacerlas. Hay que identificar a los clientes para poder determinar sus necesidades, y hay que tener en cuenta sus percepciones, que aunque nos parezcan irreales, para ellos son una realidad y por lo tanto, hay que tomarlas en serio.
2. Control de Calidad: Consiste en evaluar el comportamiento real de la calidad, comparando los resultados obtenidos con los objetivos propuestos para luego, actuar reduciendo las diferencias.
3. Mejora de Calidad: Establecer un plan anual con el objetivo de lograr un cambio ventajoso y permanente que conduzca a la Mejora Continua.

Avedis Donabedian, divide la atención sanitaria en tres elementos fundamentales: Estructura, Proceso y Resultado.

- Estructura se entiende desde la propia organización hasta los recursos de que dispone (tanto humanos como físicos y financieros).
- Proceso entendido al conjunto de actividades que se realizan, por y para el paciente, así como la respuesta del paciente a esas actividades.
- Resultado que son los logros conseguidos tanto en el nivel de la salud, calidad de vida, conocimientos adquiridos del paciente o la población, como el grado de satisfacción con la atención recibida

Philip B. Crosby (1998), está más estrechamente asociado con la idea de “*cero defectos*” que él creó en 1961. Para Crosby, la calidad es conformidad con los requerimientos, lo cual se mide por el coste de la no conformidad. Esto quiere decir que al utilizar este enfoque se llega a una meta de *performance* de “cero defectos”.

Crosby equipara la gestión de calidad con la prevención. En consecuencia, la inspección, la experimentación, la supervisión y otras técnicas no preventivas no tienen cabida en éste proceso. Los niveles estadísticos de conformidad con estándares específicos inducen al personal al fracaso. Crosby sostiene que no hay absolutamente

ningún motivo para cometer errores o defectos en ningún producto o servicio lo que resume en cuatro principios absolutos fundamentales:

Primer Principio Absoluto: *Calidad se define como cumplir con los requisitos* mejorar la calidad y eliminar los problemas de manera simultánea. Se logra haciendo que todo el mundo “haga las cosas bien desde la primera vez”.

Los directivos, tienen 3 tareas que realizar:

- a.- Establecer los requisitos que deben de cumplir los empleados.
- b.- Suministrar los medios necesarios para que el personal cumpla con los requisitos.
- c.- Dedicar todo su tiempo a estimular y ayudar al personal a dar cumplimiento a esos requisitos.

Segundo Principio Absoluto: *El sistema de la calidad es la prevención* resulta más difícil efectuar una medida correctiva y a veces, ni siquiera se le presta atención. El sistema para lograr la Calidad es la Prevención.

Tercer Principio Absoluto: El estándar de realización es cero defectos, durante muchos años las personas han explicado que Cero Defectos constituye una meta imposible.

Cuarto Principio Absoluto: La Medida de la Calidad es el Precio del incumplimiento.

El costo de la calidad se divide en dos áreas:

- 1.-El precio del incumplimiento (PI) cuyos requisitos lo constituyen todos los gastos realizados en hacer las cosas mal.

El precio del incumplimiento se podrá usar en:

*Su conjunto para saber si la compañía está mejorando.

*Para determinar dónde radican las mejores oportunidades de acciones correctivas.

- 2.-El precio del cumplimiento (PC) son los requisitos que hay que gastar para que las cosas resulten bien.

Armand V. Feigenbaum, introdujo la famosa frase “Control de calidad total”, su idea de calidad es un modo de vida corporativa, un modo de administrar la organización e involucra además la puesta en marcha del proceso de la calidad y el desarrollo de esta.

Kaoru Ishikawa, es el primer autor que diferencia estilos de administración japoneses y occidentales. Su hipótesis principal fue diferenciar las características culturales en ambas sociedades.

2.3.3. Definición de la calidad

La Definición de la norma ISO 9000 es “Calidad: grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos”.

Real Academia de la Lengua Española: “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie”.

Philip Crosby: “Calidad es cumplimiento de requisitos”.

Joseph Juran: “Calidad es adecuación al uso del cliente”.

Armand V. Feigenbaum: “Satisfacción de las expectativas del cliente”.

Genichi Taguchi: “Calidad es la pérdida (monetaria) que el producto o servicio ocasiona a la sociedad desde que es expedido”.

William Edwards Deming: “Calidad es satisfacción del cliente”.

Walter A. Shewhart: “La calidad como resultado de la interacción de dos dimensiones: dimensión subjetiva (lo que el cliente quiere) y dimensión objetiva (lo que se ofrece).”

En cuanto a Salud, Romer y Montoya Aguilar, definen la calidad como el desempeño apropiado (acorde a las normas) de la investigación que se saben seguras, que la sociedad en mención puede costear y tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, morbilidad, la incapacidad y desnutrición

Según la Organización Mundial de la Salud (1985), “la calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgos de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”

Donabedian explica que el tipo de atención sanitaria, va a maximizar el bienestar del paciente. Esto está en relación con las partes del proceso de la atención para lo cual propone tres puntos de vista:

1ro Calidad Social.- que agrupa una serie de aspectos relativos a la calidad de la vida cotidiana de las personas. Una sociedad con calidad permite que los ciudadanos tengan, que acceder a un nivel mínimo aceptable de seguridad económica, para experimentar un nivel básico de inclusión social, en otras palabras, la Calidad Social forma parte de la ciudadanía social, económica y política.

2do Calidad Individualizada.- la que abarca puntos de vista directamente del usuario o paciente que decidirá sobre su proceso de la atención obligándolo a implicarse en la toma de decisiones partir de la información proporcionada por el profesional sanitario.

3ro Calidad Absoluta.- basado en el concepto salud–enfermedad llamada calidad científica técnica o profesional, en la cual interviene el proceso de restauración de la salud del paciente.

El Instituto de Medicina de EEUU (IOM) resalta que para definir la calidad en salud, es importante saber las circunstancias del entorno donde va a ser aplicada. Emite una definición de calidad como el grado en que los servicios de salud, para el individuo y las poblaciones, incrementan la probabilidad de los resultados deseados y son considerados con el conocimiento profesional actual. La Norma Mexicana de Sistemas de Salud NMX CC-1 define la Calidad, como conjunto de prioridades y características de un producto o servicio, que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades explícitas o implícitas preestablecidas.

2.3.4. Dimensiones de la calidad

Los autores Palmer, Vuori (1989), e instituciones como JCAHO, Programa Ibérico, elaboraron un esquema de la dimensiones de la calidad de acuerdo a las siguientes perspectivas:

*Efectividad: a esta dimensión pertenecen características como el conocimiento y la experiencia técnica de los prestadores, así como las habilidades para relacionarse y comunicarse de los profesionales entre sí y con los pacientes, lo adecuado de la tecnología y, de manera muy importante, la forma en que los primeros interactúan con esta, para que la atención en salud cumpla su propósito. Dicho de otra manera, la atención dispensada debe apoyarse en evidencia científica, de forma tal que la reciba todo aquel que pueda beneficiarse y se evite cuando es improbable que conlleve un beneficio.

*Eficiencia: el paciente debe recibir la atención que requiere, en el momento que la requiere y de manera segura, al menor costo posible y con los recursos disponibles. Los desperdicios deben evitarse, incluyendo el de suministros, equipos, ideas y energías. Máxima efectividad al mínimo coste, a mayor eficiencia mayor calidad.

*Eficacia: hace referencia al impacto o efecto de una acción llevada a cabo en las mejores condiciones posibles o experimentales, con beneficio a los pacientes en condiciones ideales de uso.

*Calidad Científico Técnico Competencia Profesional: se refiere a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existentes, para abordar los problemas de salud; esta dimensión es la que más frecuentemente se mide atendiendo de forma científica las necesidades sanitarias.

*Accesibilidad: ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población, como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse los pacientes y los servicios. Un indicador que está en relación con la accesibilidad es la cobertura (vacunación, número de llamadas para recibir una consulta, tiempos en ser citados para una consulta, para una intervención quirúrgica etc.)

*Satisfacción.- representa la vivencia subjetiva, derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto respecto a algo. También

como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. La satisfacción de los usuarios de salud, no sólo es un indicador de excelencia, es más aún, un instrumento de la excelencia. Su implementación como un indicador de excelencia de la calidad, sólo es posible si se tienen en cuenta:

1. Las complejidades del proceso de satisfacción y las prácticas institucionales derivadas de ellas como la orientación del comportamiento institucional (el hospital), grupal (los servicios) e individual (el trabajador, el especialista, el técnico, entre otros) en la consideración de la satisfacción.
2. La aplicación de una correcta metodología que permita evaluar los diferentes indicadores de satisfacción de una manera científica, profesional y útil.

La satisfacción se relaciona de forma directa con el arte de la atención, como conseguir establecer una comunicación efectiva con los pacientes en sus necesidades y expectativas de la población atendida.

**Aceptabilidad.-* es la medida en la que la acción sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario, así como también el grado de cumplimiento de los deseos o satisfacción de expectativas de los pacientes respecto a la atención medica.

Para la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (1996), el término aceptabilidad incluye la satisfacción del paciente -definida en la manera expuesta- más la adhesión (compliance) o grado de colaboración del paciente, definido como la medida en la que el paciente acepta y cumple el plan de tratamiento y los cuidados prescritos. La aceptabilidad o satisfacción puede referirse como mínimo a tres aspectos o componentes diferentes:

- 1- Aspectos organizativos (ambiente físico, tiempos de espera, etc.);
- 2- Efecto de la atención en el estado de salud.
- 3- Manera o trato recibido durante el proceso de atención por parte de los diversos tipos personal implicado.

*Adecuación.- no existe una definición operativa uniforme; JCAHO y De Maxwell, la refieren como una medida en la que el servicio o procedimiento corresponde con las necesidades del paciente o de la población. Hopking menciona que toda atención adecuada origina un beneficio mayor que las consecuencias negativas.

*Continuidad.- es la que constituye una de las definiciones de la atención primaria, su conceptualización y medición es completa, ininterrumpida y coordinada, (proveedores e instituciones), por parte de los profesionales, las necesidades sanitarias del individuo de la población atendida con el objetivo de ofrecer una respuesta positiva .

*Privacidad.- básicamente controla la distribución y difusión de los datos de la enfermedad, respeto a los derechos del paciente, regulada en España por la Ley General de Sanidad y por la Ley 41-2002 que trata de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Podemos simplificar el esquema de las dimensiones de la calidad en relación a dos autores que coinciden con las mismas dimensiones, como son la de Palmer y el Programa Ibérico (programa de cooperación Ibérica para la formación y propuesta en marcha de actividades de garantía de calidad en atención primaria).

*Calidad científico-técnica o competencia profesional.

*Satisfacción.

*Accesibilidad.

Según Donabedian Avendis (1989) la calidad de los servicios sanitarios tiene tres dimensiones fundamentales:

- Componente técnico: hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios; que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de 6 aspectos fundamentales: Eficiencia, Competencia Profesional, Eficiencia, Continuidad, Accesibilidad y Seguridad.

- **Componente interpersonal:** se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir es el grato de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal en el cual debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo determinantemente en la satisfacción del paciente.
- **Componente del entorno (confort o infraestructura):** esta dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes).

Para el paciente, la atención de calidad debe satisfacer sus necesidades percibidas, debe prestarse de manera cortés y en el momento que lo necesiten. Para ello los aspectos de la calidad más importantes se centran en la eficacia, accesibilidad, continuidad, oportunidad de atención, relaciones interpersonales y comodidad.

2.3.5. Cómo se mide la calidad

Para los profesionales de la salud, el problema de la calidad se les plantea como una cuestión práctica. Las acciones de salud, sean de promoción, prevención o curación, deben tener la más alta calidad. Esta exigencia es obvia en la labor cotidiana de los profesionales de la salud, que no requiere mayor argumentación. ¿Cómo es posible medir la calidad de una acción en salud o de una institución de salud? es decir, el llegar a expresar numéricamente la calidad, sabiendo que no la podemos medir en sí misma, pues ella no es una propiedad de las cosas sino un juicio. Este es además, cambiante, según nos convenga. Medir calidad es pues, medir un concepto utilizando las siguientes herramientas:

1.-Criterio.- Referido a aspectos concretos y relevantes traductores si el servicio cumple su cometido, o apto para su uso, dando respuesta a las necesidades y

expectativas de los pacientes. A mayor presencia de estos criterios, mayor calidad y viceversa.

2.- Estándar.- Referido a la medición del cumplimiento de los criterios y su nivel encontrado, siendo lo ideal el 100% pero en la práctica se establecen niveles como referentes separadores de una buena o mala calidad. Ese nivel o patrón es conocido como estándar.

3.- Indicador.- es un instrumento de medición estandarizada de dos o más variables, que intentan medir u objetivar en forma cuantitativa o cualitativa, sucesos colectivos (especialmente sucesos biodemográficos), para así poder respaldar acciones, políticas, evaluar logros y metas.

Los atributos del indicador son: Validez, Confiabilidad, Sensibilidad y Especificidad.

La presencia de los criterios de la calidad, se pueden recoger de fuentes como la observación directa, registros de la actividad asistencial (historia clínica, ficheros etc.) encuestas y entrevistas.

2.3.6. Ética y calidad

El Código de Ética y Deontología, para el cumplimiento de sus fines, contiene un conjunto de preceptos que apunta a garantizar un ejercicio profesional competente, honesto y honorable de los miembros de la Orden profesional. Rige para todos los colegiados y concierne al ámbito de la moral individual y ética personal y social de cada profesional.

La medicina tuvo un desarrollo sustentado en un conocimiento empírico, ya desde tiempo muy remoto evolucionando poco a poco de manera científica. Se realizaba una medicina basada en los síntomas, orientado en los cuidados del enfermo, para calmar sus sufrimientos. Hoy sin embargo, el conocimiento médico adquirido puede colocar al profesional frente a dilemas éticos, contrarios al quehacer de la medicina de la mejoría de las condiciones de salud.

En el ámbito de la salud, la preocupación por garantizar la calidad vino, primero, de la mano de la ética y, en concreto, por la responsabilidad que el clínico adquiere con su paciente y por la que siempre busca "lo que es mejor para él" (principio de beneficencia).

Los orígenes recientes de la preocupación por la calidad en el ámbito de la salud están asociados a la reducción de la variabilidad innecesaria en los procesos de diagnóstico, tratamiento y cuidados (Donavedian 1993), (Suñol&Bañeres,1997). La curiosidad de Nightingale en 1863 provocó que se analizara con detalle la variabilidad de las tasas de mortalidad de varios hospitales y que ésta se pudiera reducir en beneficio de muchos pacientes, el interés de Codman (1914) por mejorar los resultados de la cirugía le llevó a proponer diversas estrategias para reducir la variabilidad en las tasas de mortalidad asociadas a procesos quirúrgicos, el empeño de la Fundación Carnegie por reducir la variabilidad en los programas de formación de las facultades de medicina tuvo como consecuencia una mejora substancial en los programas de formación de los médicos en EE.UU. (Flexner, 1910).

Hoy, la calidad constituye una preocupación constante de todos los actores que intervienen en el proceso asistencial (consumidores, pacientes, profesionales, gestores o políticos), tanto por razones éticas como por otras de interés particular, de índole económica y de efectividad de los procesos diagnósticos, terapéuticos o rehabilitadores (Donavedian, 1993), (Mira et al,1998). En la actualidad se define la calidad asistencial basándose en la conjunción de una serie de parámetros:

- Prestar asistencia en salud acorde al estado de la ciencia.
- Lograr cuidados apropiados a las necesidades.
- Prestar en forma idónea la atención salud de que se es capaz.
- Lograr cuidados que satisfagan al paciente.

El Derecho a la salud se sustenta en los principios de equidad, solidaridad, universalidad e integridad de la atención. El médico promueve estos principios y no establece diferencias entre las personas a las que atenderá sin discriminación de ninguna clase.

El ejercicio de la medicina incluye un permanente respeto a los derechos fundamentales de los pacientes, tales como el derecho a la libertad de conciencia y de creencia, el derecho a la integridad física, psíquica y moral, el derecho al libre desarrollo y bienestar de las personas, el derecho a la intimidad personal y familiar, el derecho a la información y al consentimiento informado, el derecho a la no discriminación en razón de sexo, edad, enfermedad o discapacidad, credo, raza, origen étnico, género, nacionalidad, filiación política, orientación sexual o condición socioeconómica, entre otros.

Las obligaciones de los profesionales de la salud, comprenden la protección de la vida y la salud de los pacientes, el respeto a la dignidad humana y la promoción de los más altos principios éticos en las políticas y programas de salud. También forman parte de estas obligaciones la integridad en la conducta profesional, la imparcialidad y la protección de la confidencialidad de los datos sobre la salud y la privacidad de los pacientes.

Los profesionales de la salud, son expertos que deben disfrutar de plena independencia profesional en el ejercicio de sus funciones, deben adquirir la competencia necesaria para cumplir sus obligaciones y exigir las condiciones que les permitan desarrollar sus tareas de acuerdo a la buena práctica y la ética profesional. (Aranaz, 1994).

En el sector salud, y por razones diferentes, el médico había sentido desde tiempo atrás inquietud por el resultado de su trabajo. Inquietud que se traducía en su preocupación por disminuir la variabilidad innecesaria y por su afán de desarrollar protocolos y guías de práctica para reducirla.

La práctica clínica puede ser descrita como el proceso de actuación sanitaria en relación con la atención del paciente (Gómez de la Cámara, 1995). Sus componentes son la información clínica, las percepciones, los razonamientos, los juicios y las decisiones de los profesionales de la salud, los procedimientos que utilizan y las intervenciones que aplican (Guyatt, 1991). Al analizar la práctica clínica se observa que no es un fenómeno exacto y reproducible, los mecanismos de toma de decisiones en la práctica clínica son difíciles de comprender, existe alta variabilidad, respecto a

las observaciones, percepciones, razonamientos, intervenciones y estilos de práctica, de lo que se deriva un alto grado de incertidumbre en la práctica clínica (Mira et al, 1998) (Marion et al, 1998)

El referente fundamental para hablar de calidad asistencial es, sin duda, Donabedian, Evaluating the quality of medical care, (1996) quien sistematizó la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria como una triada de "estructura, proceso y resultados", marcando desde ese momento la evolución conceptual y metodológica de las tendencias en calidad en el sector sanitario.

2.3.7. La percepción

La percepción es el proceso cognitivo que interpreta de un modo directo la realidad. Esta interpretación se realiza en base a los sentidos y a la intervención de factores internos, luego generarán respuestas mentales o imágenes que corresponden a objetos sensibles. Otros autores han definido a la percepción de la siguiente manera:

Whitaker (1986) define percepción como “es un proceso que resulta de la interacción de las condiciones de los estímulos por una parte y otra de los factores internos que corresponden al observador, además de los factores externos”.

Moroni (1985) refiere que la percepción solo se puede lograr a través de un largo proceso durante, el cual se tiene la experiencia del objeto en forma repetida donde se involucra los conocimientos adquiridos a través del contacto y experiencia de la vida.

Feldman & Moron en Moroni (1985), define la percepción como “La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no solo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro”.

Neisser (Moroni, 1985), quien perteneció a la psicología clásica nos dice que la percepción “es un proceso activo constructivo en el que quien percibe, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y

aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema. Se apoya en la existencia del aprendizaje.

La psicología moderna, refiere que la percepción puede definirse como “el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanzan a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuemos con él y nuestros propios estados internos.

Day (1994), menciona que la percepción es “un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos ,es obviamente algo más, que más que una imagen del mundo, proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado aunque la experiencia desempeña un papel importante y por lo tanto depende de las características del sujeto que percibe los conocimientos, necesidades y sus intereses y las emociones que puedan influir en forma positiva y negativa”

Este proceso perceptual también involucra al elemento conductual, ya que la percepción es capaz de generar conductas; dependiendo de cómo el individuo perciba una situación, manifestará una determinada conducta, ya sea si la persona percibe la situación como potencialmente peligrosa o no, que tiene como característica ser subjetiva, selectiva y temporal.

*Subjetiva: las reacciones a un mismo estímulo varían de un individuo a otro.

*Selectiva: la percepción es consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona, que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.

*Temporal: es un fenómeno a corto plazo, la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, a partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

Una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios que ofrece beneficios a un costo relativamente bajo, por ejemplo, es formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de la percepción de los clientes para realizar innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales. Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.

No obstante que la percepción ha sido concebida como un proceso cognitivo, hay autores que la consideran como un proceso más o menos distinto señalando las dificultades de plantear las diferencias que ésta tiene con el proceso del conocimiento. Por ejemplo, Allport (1974), apunta que la percepción es:

“algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos”. Si bien, algunos psicólogos se inclinan por asignar esta última consideración a la cognición más que a la percepción, ambos procesos se hallan tan íntimamente relacionados que casi no es factible, sobre todo desde el punto de vista de la teoría, considerarlos aisladamente uno del otro.

Uno de los aspectos que ha sido privilegiado en los estudios tanto psicológicos como filosóficos sobre percepción es el de la elaboración de *juicios*, que se plantea como una de las características básicas de la percepción. La formulación de juicios ha sido tratada dentro del ámbito de los procesos intelectuales conscientes, en un modelo lineal en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza formulando juicios u opiniones sobre ellas, circunscribiendo a la percepción en el ámbito de la mente consciente.

La postura que circunscribe a la percepción dentro de la conciencia han sido formulados planteamientos psicológicos que consideran a la percepción como un

proceso construido involuntariamente en el que interviene la selección de preferencias, prioridades, diferencias cualitativas y cuantitativas del individuo acerca de lo que percibe (este proceso se denomina preparación); al mismo tiempo, rechazan que la conciencia y la introspección sean elementos característicos de la percepción (Moroni 1985).

2.3.8. Infraestructura de salud en el Perú y calidad

La infraestructura es el conjunto organizado de elementos estructurales, no estructurales y equipamiento de obra de una edificación que permite el desarrollo de prestaciones y actividades de salud. En el Perú, existía ausencia de normas técnicas en infraestructura en salud por lo que se elaboro en 1994 normas técnicas de proyectos de arquitectura y equipamiento de establecimientos de salud a través del programa funcional arquitectónico de puestos de salud aprobado por RM 179-94-SA y las Normas técnicas para la elaboración de proyectos arquitectónicos de centros de salud aprobada por RM 708-94-SA/DM de 1994. A partir de ese año se dieron directivas para la elaboración y presentación de expedientes técnicos para la construcción ampliación y rehabilitación de los establecimientos de salud. En 1998 estas directivas fueron concordadas con la resolución 072-CG de la Controlaría general de la república. El programa de fortalecimiento de servicios de salud en 1998 elaboró el diagnóstico del sistema de mantenimiento hospitalario. Igualmente el programa de salud y nutrición básica elaboro guías para el mantenimiento de la infraestructura, rehabilitación y adecuación de establecimientos de salud, así como la guía para el personal de salud sobre el uso, operación y conservación de equipos y mobiliarios médicos. La dirección general de salud de las personas en diciembre de 1999 editó el documento denominado Estándares de infraestructura y equipamiento del primer nivel de atención donde se dan los lineamientos y requisitos mínimos que deben contar todos los establecimientos de salud en cuanto a la organización, niveles de complejidad, procedimientos, equipos, materiales y insumos por servicio.

En 1995 se crea la Norma de identificación y señalización de establecimientos de salud. En 1996 se aprueba las Normas técnicas para proyectos de arquitectura hospitalaria. La Norma técnica para el mantenimiento preventivo y conservación de la infraestructura física de los establecimientos de salud del primer nivel de atención

se da en 1997. La norma técnica para el mantenimiento preventivo y conservación de la infraestructura física de hospitales fue aprobada en 1998. En 1999 se aprueba la norma técnica para el diseño de elementos de apoyo para personas con discapacidad en los establecimientos de salud.

La supremacía de los aspectos de diseño, humanización y percepción espacial de los ambientes hospitalarios sobre los aspectos tecnológicos, con efectos aun terapéuticos en el proceso de recuperación de la salud se ha invocado últimamente. Asimismo los diseños inadecuados de la infraestructura física conllevan riesgos a la salud del personal hospitalario.

En el diseño de la infraestructura hospitalaria se deben alcanzar requerimientos espaciales y funcionales así como criterios básicos que colaboran con la humanización de dichos ambientes como son la seguridad y la privacidad. En cuanto a la seguridad, el ambiente físico debe tratar de salvaguardar la sensibilidad personal y dignidad humana de los pacientes y familiares, tratando de disminuir su ansiedad y preocupaciones. La seguridad se puede procurar proporcionando un ambiente cálido, no institucional disminuyendo el miedo y aumentando la confianza y autoestima de los usuarios. La privacidad es una consideración primordial en el diseño de los establecimientos de salud. El ambiente físico como el tamaño de los espacios deben proveer adecuados niveles de privacidad. En áreas críticas son necesarios espacios personalizados donde las familias pueden esperar juntas con un mínimo de contacto con los otros pacientes así como espacios que provean adecuados niveles de sociabilidad y estimulen el contacto personal.

Los requerimientos de calidad tienen base en los requerimientos de los usuarios, pudiéndose llegar a un acuerdo sobre los requerimientos y necesidades de los mismos, para luego ser traducidos y plasmados en el diseño. No es absolutamente necesario involucrar a todos los usuarios en el proceso del diseño. Los requerimientos de calidad pueden ser divididos en categorías funcionales, técnicos y sicosociales. Los requerimientos funcionales se refieren a las dimensiones de los espacios, la ubicación de las funciones así como el mobiliario, equipamiento e instalaciones. Los requisitos técnicos son estructuras, materiales, temperatura interna, acústica, iluminación etc. Los requerimientos sicosociales se relacionan con la imagen ambiental, cooperación e interacción, privacidad y recuperación de la salud. (de Bello, S. C. 2000).

CAPITULO 3: METODOLOGIA

3.1. Descripción del área de la investigación

El Sistema de los Hospitales de la Solidaridad de la Municipalidad de Lima, fue creado el 21 de Abril del año 2003, en el Distrito de Independencia del Cono Norte, trasladándose en el mes de Julio del año 2004 al distrito de Comas. Cuenta con 45 especialidades dentro de las cuales existe 2 consultorios de gineco obstetricia, que funcionan de 8:00 am a 8:00pm; en dos turnos mañana y tarde.

Los pacientes atendidos cuentan con una edad que oscila entre 18 años a más. La atención pasa primero por un área de triaje, donde se controla las funciones vitales. Este acto es realizado por la técnica de enfermería y luego de acuerdo al turno correspondiente, son atendidos por el médico. Los datos son consignados en la Historia clínica simplificada de la institución. Al finalizar la consulta, el paciente sale del servicio con un diagnostico y tratamiento.

En el año 2010 se registró un total de 32,256 pacientes en el servicio de Ginecología Obstetricia.

3.2 Diseño de la Investigación

La presente investigación es de tipo **Cuantitativo** tomando en cuenta la perspectiva del usuario (individuo) en cuanto a la Atención recibida en el consultorio de Gineco-Obstetricia. Al ser de tipo **Transversal** solo se realizó una sola vez la medición en un solo momento temporal determinando estimar la satisfacción del usuario en un momento dado. El diseño es de tipo **Observacional** el cual observa a los usuarios para medir ciertos resultados sin que estos sean influenciados.

La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptiva, transversal y observacional.

La Unidad de análisis fueron los pacientes que asistieron al Hospital Solidaridad de Comas, que fueron atendidos en los consultorios de Gineco obstetricia.

3.3. Población y Muestra

3.3.1. Tamaño de la Muestra

El tamaño de la muestra fue determinado por la aplicación del muestreo probabilístico en razón de saber el grado de satisfacción del usuario de la atención recibida en el consultorio de ginecobstetricia.

Se aplicó la fórmula:

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 p q}{d^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 p q}$$

Para el año 2011 se estimó un ingreso de 34,460 pacientes al consultorio de gineco obstetricia. En el año 2010 se registró un total de 32,256 pacientes y en el año 2009 un total de 33,408 pacientes, lo que hace un promedio de 2800 pacientes mensual.

N = Total de la población atendida

Z_{α}^2 = 1.96² intervalos de confianza

P = proporción de satisfacción de calidad de atención de pacientes

q = 1-p proporción de no satisfacción de calidad de atención de pacientes

d = precisión

$$n = \frac{2800 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.5}{0.06^2 \times (2800 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5} = 243$$

Se obtuvo un tamaño muestral de 243 entrevistas para los pacientes.

3.4. Técnica e Instrumento de recolección de datos y tratamiento estadístico

El instrumento que se utilizó es la encuesta SERVQUAL, desarrollada por Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry. modificada, como ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS EXTERNOS DE SERVICIOS DE SALUD, Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud Perú (Ministerio de Salud, 2002), para su uso en los Establecimientos de Salud y Servicio Médico de Apoyo SMA. Aquí, la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (Clientes, pacientes, beneficiarios, etc.) y sus percepciones respecto al servicio que

presta una organización, puede constituir una medida de calidad del servicio y la brecha existente entre ambas un indicador para mejorar.

La encuesta incluye 16 preguntas distribuidas en dos partes. La primera corresponde a los aspectos generales, la segunda a la percepción del usuario externo respecto a la atención recibida. Los aspectos centrales a medir están relacionados con los atributos de calidad establecidos para este nivel de atención, conteniendo un promedio de 16 preguntas, con respuestas que buscan que el usuario defina posturas polares (bueno - malo ó sí – no) dejando la posibilidad de reservarse el derecho de opinar (no opina); además hay algunas subpreguntas que pueden ser respondidas en forma abierta. También se deja abierta la posibilidad de dar opiniones y/o sugerencias. Las preguntas forman las siguientes dimensiones:

Respeto al usuario: Habilidad y cuidado de brindar el servicio ofrecido en forma tal como se ofreció y pactó: Preguntas del 01 al 02

Eficacia: Habilidad para un prestar un servicio completo. Cuidado y atención individualizada. Pregunta 03

Información completa: Disponibilidad para pensar primero en el paciente informando claramente sobre lo encontrado, el manejo y los pasos a seguir. Preguntas 04 al 07

Accesibilidad: Facilidad percibida de un servicio cercano, rápido con costos pensados en la realidad del paciente. Preguntas 08 al 10

Infraestructura y Seguridad: Cortesía y habilidad para transmitir credibilidad, confianza y confidencia en la atención con inexistencia de peligros, riesgos o dudas: Preguntas del 11 al 14.

Satisfacción global: Habilidad para ponerse en el lado del otro ofreciendo la atención que uno desearía tener. Preguntas 15 al 16.

El recojo de la información se realizó durante los meses de Agosto del año 2011 al mes de Febrero del año 2012, mediante una encuesta validada, anónima a los usuarios externos después de la consulta recibida en el consultorio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas. Se emplearon los criterios de inclusión de ser paciente mayor de 18 años que acude por atención al consultorio externo de Gineco–obstetricia del Hospital de la solidaridad Comas y que aceptaron

participar en el estudio, no aceptándose a los pacientes menores de edad. El tiempo promedio de la encuesta fue de 15 minutos.

Los datos fueron procesados de acuerdo al paquete estadístico SPSS 19.0 aplicando estadísticas descriptivas, de frecuencia y porcentajes, media y desviación estándar, siendo presentados con gráficos y tablas de frecuencia con un intervalo de confianza del 95% y 5% de error.

La variable principal utilizada fue el Grado de satisfacción de los Usuarios respecto a la Calidad de atención en la consulta del servicio de Gineco- Obstetricia y las variables secundarias fueron el Grado de Satisfacción de los Usuarios Externos acerca de la Infraestructura del consultorio de Gineco-Obstetricia, la satisfacción acerca de la consulta de Gineco-obstetricia en relación a los tiempos de espera y la Satisfacción de los usuarios de la consulta externa de Gineco-obstetricia sobre la atención recibida.

FACTORES ETICOS.

Para la realización de la presente tesis se contó con la autorización de la Gerencia General de los Hospitales de las Solidaridad.

El presente estudio cumple con los principios de ética y deontología médica que rigen toda investigación: principio de justicia, autonomía beneficencia y no maleficencia.

La participación en el estudio fue voluntaria previo consentimiento informado en forma verbal, se explicó que el instrumento no cuenta con datos de nombres, dirección, teléfonos o número de DNI, es decir en este estudio se garantiza la confiabilidad de los datos recolectados al no divulgarse nombres de pacientes o acompañantes ni de cualquier dato o información que pueda permitir la identificación del mismo. Los datos fueron utilizados para el propósito del estudio.

CAPITULO 4 RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de resultados

Los pacientes atendidos en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Solidario Comas tuvieron un promedio de edad de 41.41 años (DS 13,360), con una moda de 35 años, siendo más del 50% menores de 40 años.(Tabla 1). Los grupos de edades más frecuentes fueron los comprendido entre los 34 a 41 años con un 28.92%, siendo los rangos de edad menos frecuente (0.8%) los comprendidos entre los 74 a 81 años y 82 a 89 años. (Tabla N° 2)

Tabla N° 1. Medidas descriptivas de Edad de las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

Medida	Valores
Media	41,41
Mediana	39,00
Moda	35
Desviación estándar	13,360
Varianza	178,485
Rango	69
Mínimo	18
Máximo	87
Suma	10312
Percentiles	
25	31,00
50	39,00
75	50,50

Tabla N° 2. Pacientes atendidos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012 según edad

Grupos de Edad	N°	%
18-25	27	10.8
26-33	45	18.1
34-41	72	28.9
42-49	39	15.7
50-57	31	12.5
58-65	24	9.6
66-73	7	2.8
74-81	2	0.8
82-89	2	0.8
Total	249	100.0

La totalidad de pacientes atendidos en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital de la Solidaridad Comas fue por la naturaleza de la especialidad, de sexo femenino. En su gran mayoría (98.4%) procedieron de zonas Urbanas.(Tabla N° 3)

Tabla No 3 Pacientes atendidos en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012 según Zona de procedencia

Zona de Procedencia	N°	%
URBANO	245	98,4
RURAL	4	1,6
Total	249	100,0

Los distritos más frecuentes identificados en el estudio fueron Comas e Independencia con 28.11% y 18.88% respectivamente seguidos de San Martín de Porres y Los Olivos. En el presente estudio todos los distritos de procedencia de los pacientes fueron del llamado cono norte de Lima. Figura N° 1

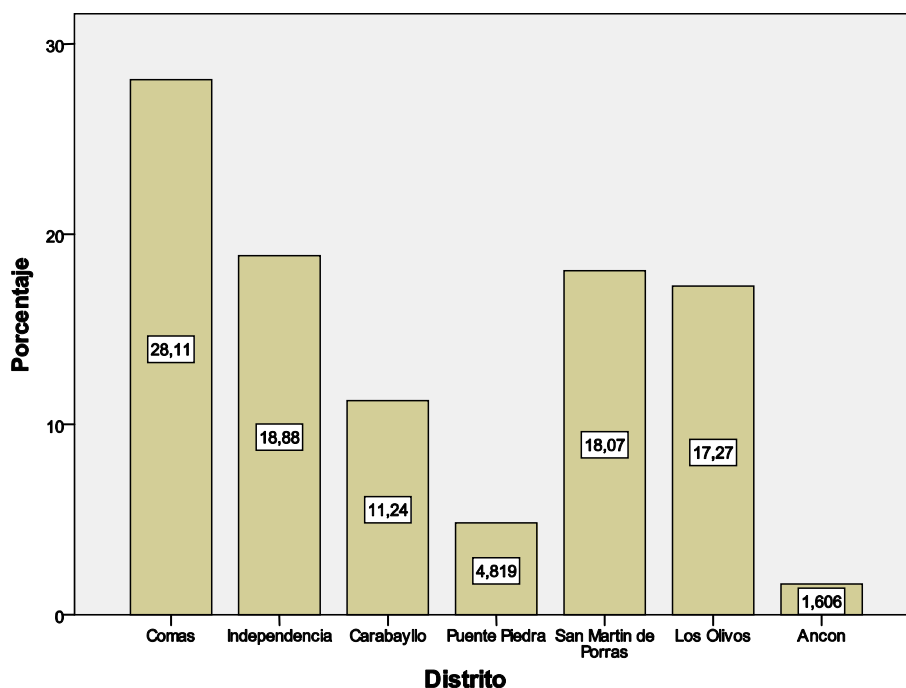


Figura N° 1 Porcentaje de los Distritos de procedencia de las pacientes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

En cuanto al grado de Instrucción un porcentaje valido de 11.1% del total de pacientes encuestados carece de instrucción y un 9.8 % tiene secundaria completa

habiendo respondido el 5.1% que tiene educación superior. Un 74% refiere que no ha llegado a concluir la secundaria o no la han iniciado. (Tabla N° 4)

Tabla No 4. Pacientes atendidos en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012 según Grado de Instrucción

Grado de instruccion	Frecuencia	Porcentaje
Sin escolaridad	26	10,4
Primaria incompleta	16	6,4
Primaria completa	24	9,6
Secundaria incompleta	134	53,8
Secundaria completa	23	9,2
Superior	12	4,8
Sub Total	235	94,4
No consignado	14	5,6
TOTAL	249	100,0

Las pacientes entrevistadas, solo mencionaron un motivo por el cual acudían al servicio en busca de atención. El más frecuentemente referido fue el de “está más cerca” con un 48.19% y el de “no hay otro centro de salud” fue del 1%. (FiguraN°2)

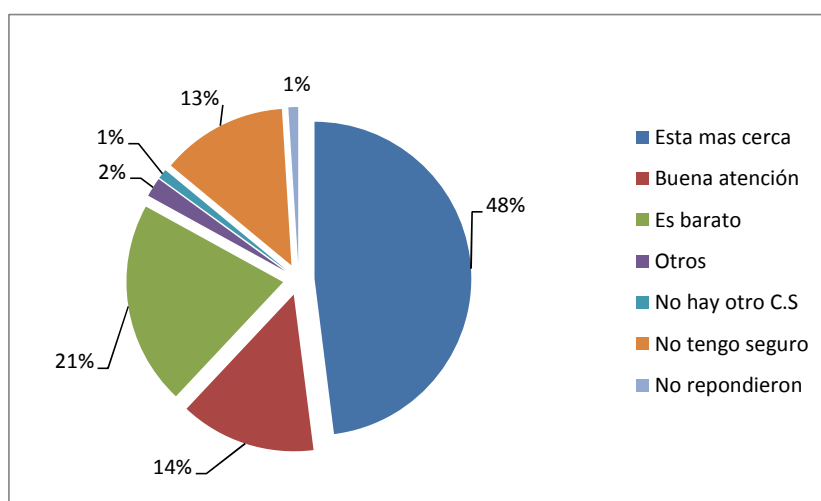


Fig. N° 2 Porcentaje del Motivo para atenderse en el Servicio Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

Preguntados acerca de la atención y su percepción del trato, los pacientes mencionaron estar totalmente de acuerdo en un 49% ante la pregunta de si lo trataron bien, y sumado a mayormente de acuerdo resulto en un 68.28%. Figura N° 3.

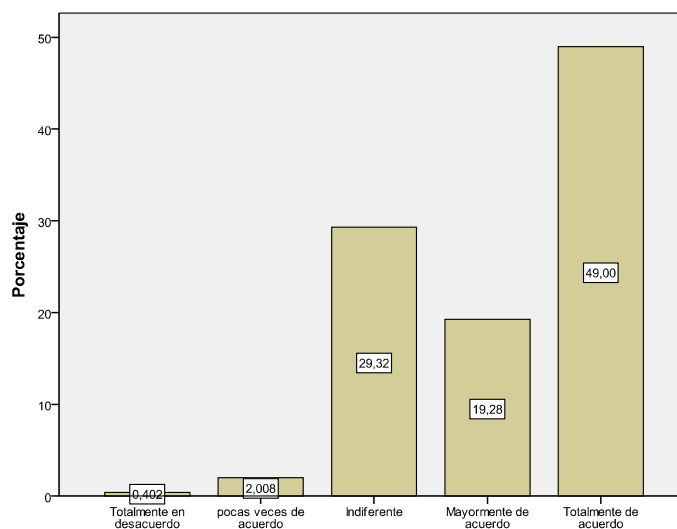


Figura N° 3 Porcentaje de la percepción del paciente sobre si lo trataron bien al atenderse en el Servicio Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

Las respuestas sobre si le brindaron confianza hallaron un 39.36% de estar totalmente de acuerdo y 36.14% de mayormente de acuerdo con la misma. Figura N° 4

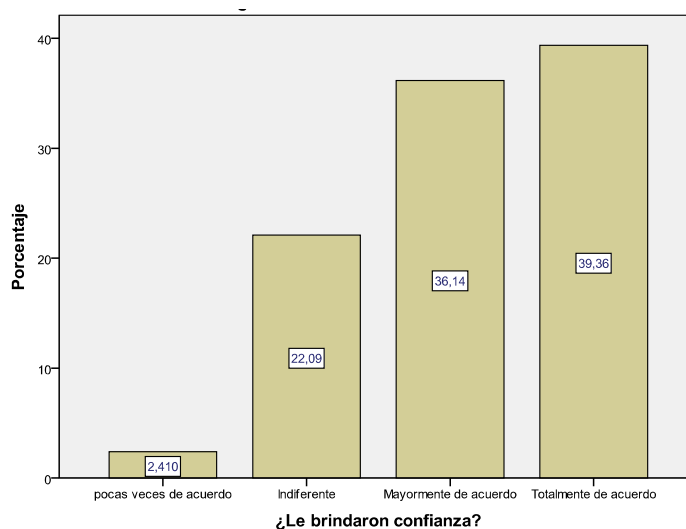


Figura N° 4 Porcentaje de la percepción del paciente sobre si le brindaron confianza al atenderse en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

Las respuestas referentes a si le hicieron un examen clínico completo arroja un 44.98% como totalmente de acuerdo y 31.3% como mayormente de acuerdo (Figura N° 5) sumando un 76% de percepción aprobatoria.

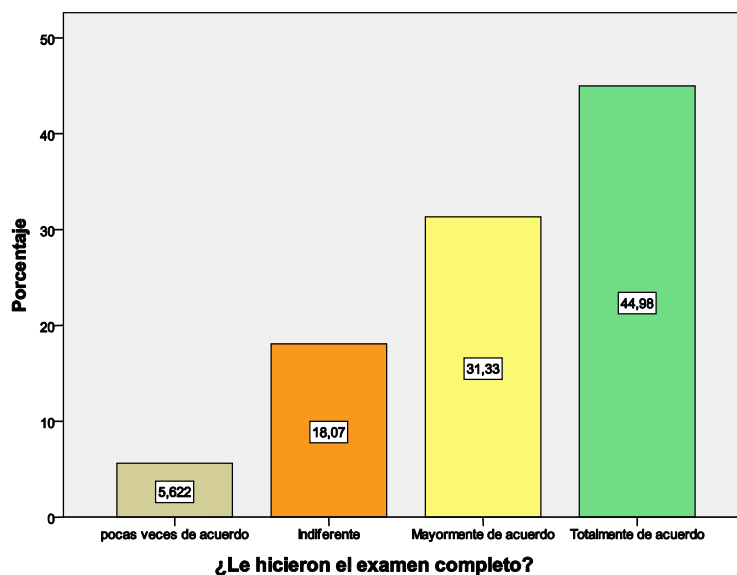


Figura N° 5 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si le hicieron el examen completo al atenderse en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

La explicación sobre el examen que le iban a realizar obtuvo una percepción de 53.4% como totalmente de acuerdo y 21.3% mayormente de acuerdo (Fig. N° 6)

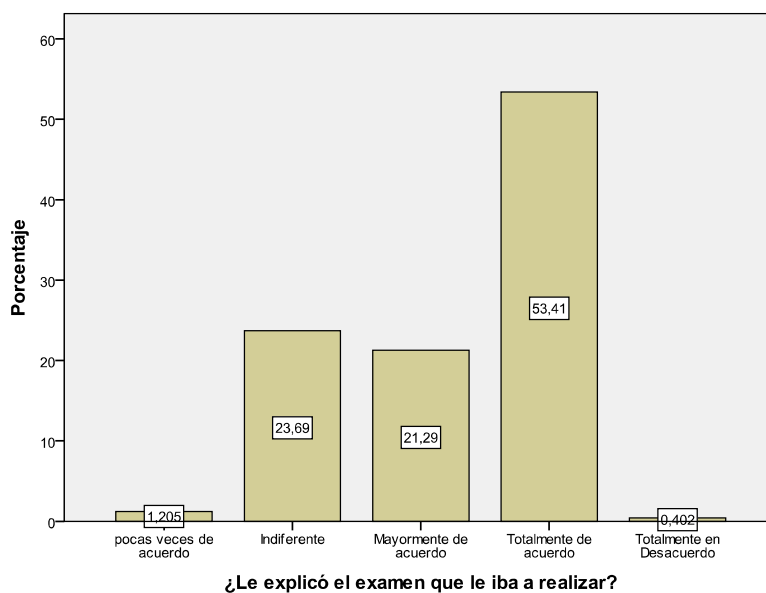


Figura N° 6 Porcentaje de la respuesta sobre si le explicaron el examen que le iban a realizar en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

El tipo de diálogo sostenido con la paciente fue percibida en “explicación con palabras fáciles de entender” con un 47.79 % de Totalmente de acuerdo y 26.10 % mayormente de acuerdo traduciendo una buena aceptación en este ítem. Fig. N° 7

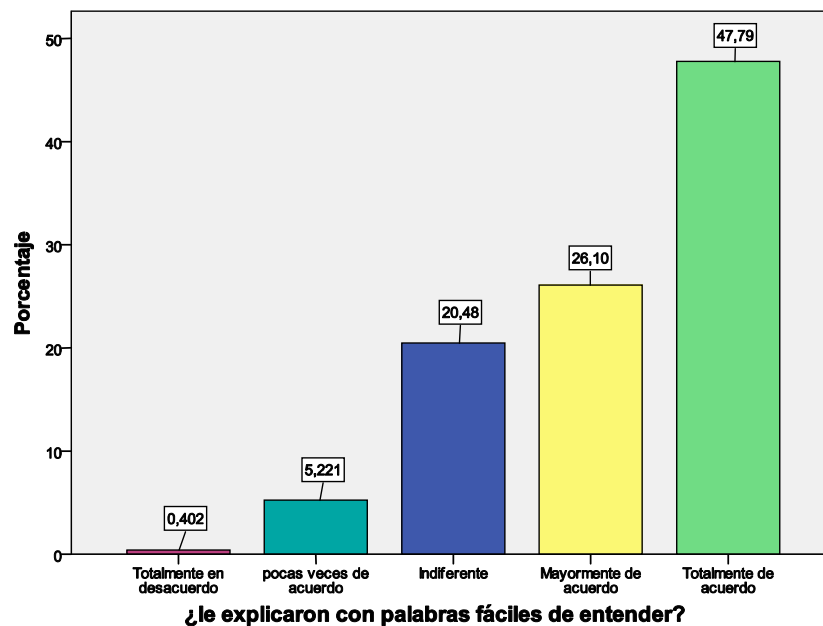


Figura N° 7. Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si le explicaron con palabras fáciles de entender al atenderse en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

Parte de esa atención es la receta prescrita la cual, tuvo una baja percepción de aceptación con un 65.06% de pocas veces de acuerdo. Figura N° 8

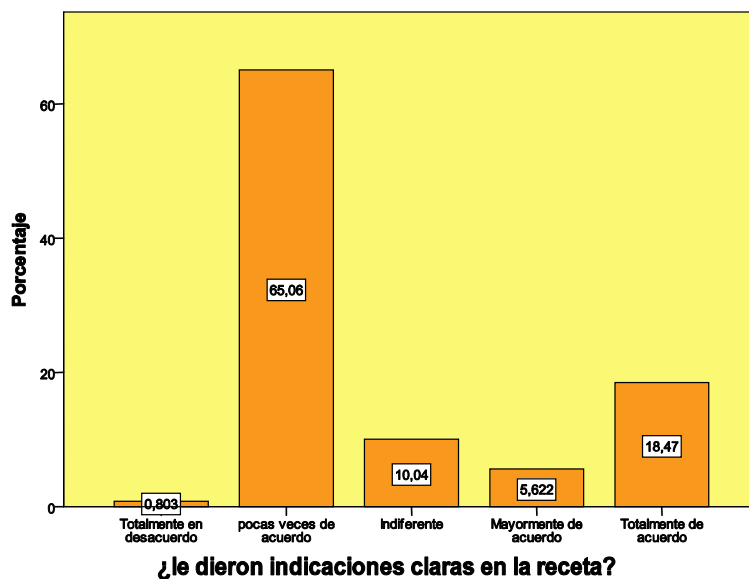


Figura N° 8 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si le dieron indicaciones claras en la receta - Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

Un 46.59% y el 26.91% de pacientes respondió que estaba totalmente y mayormente de acuerdo respectivamente con la explicación administrada por los Médicos acerca de los cuidados que deberían seguir en casa. Figura N° 9

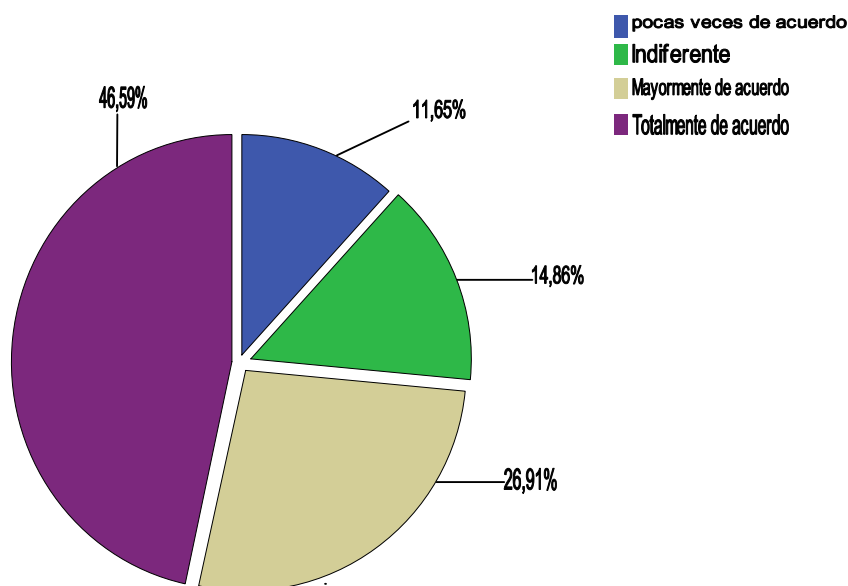


Figura N° 9 Porcentaje de la respuesta sobre si le explicaron los cuidados a seguir en casa Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

Las tarifas obtuvieron una respuesta de 25.70% de totalmente de acuerdo siendo uno de los pocos rubros en que este tipo de respuesta no tuvo una gran aceptación, pero la mayoría de ellos, el 42.97% estuvo mayormente de acuerdo con las tarifas cobradas. Figura N° 10

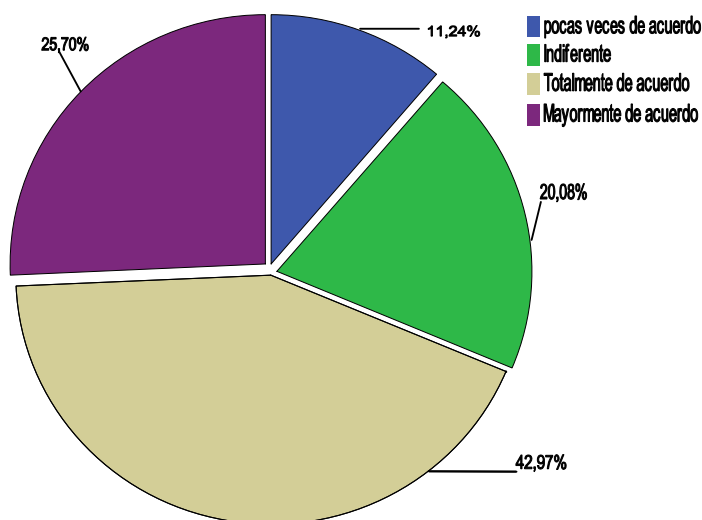


Fig. No 10 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si las tarifas establecidas están a su alcance al atenderse en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

El respeto por las creencias del paciente por parte del personal de salud, en relación a las medidas terapéuticas, así como al proceso de atención en sí, obtuvo un 29.32% como totalmente de acuerdo y 24.10% como mayormente de acuerdo. Fig. N° 11

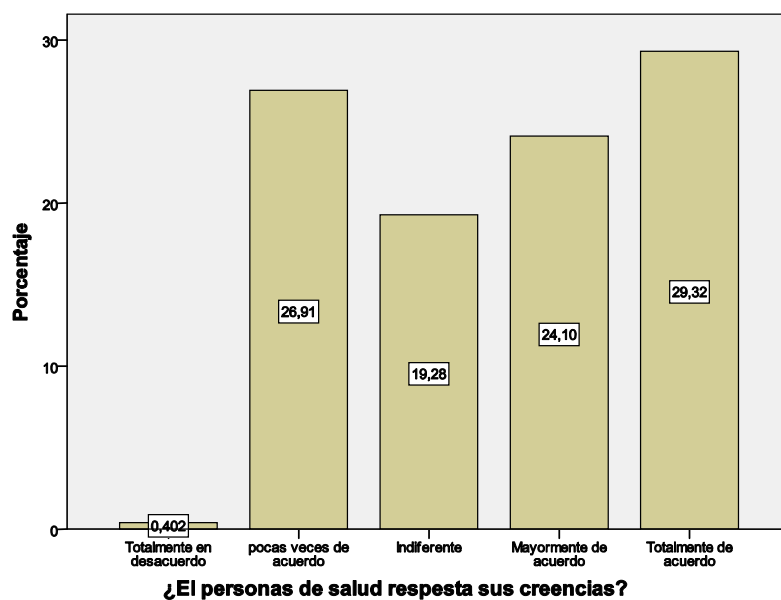


Figura N° 11 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si el personal de salud respeta sus creencias al atenderse en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

El 49.80 % estuvo mayormente de acuerdo con el horario de atención establecido y totalmente de acuerdo el 30.92%. La gran mayoría acepta esos horarios. Fig N° 12

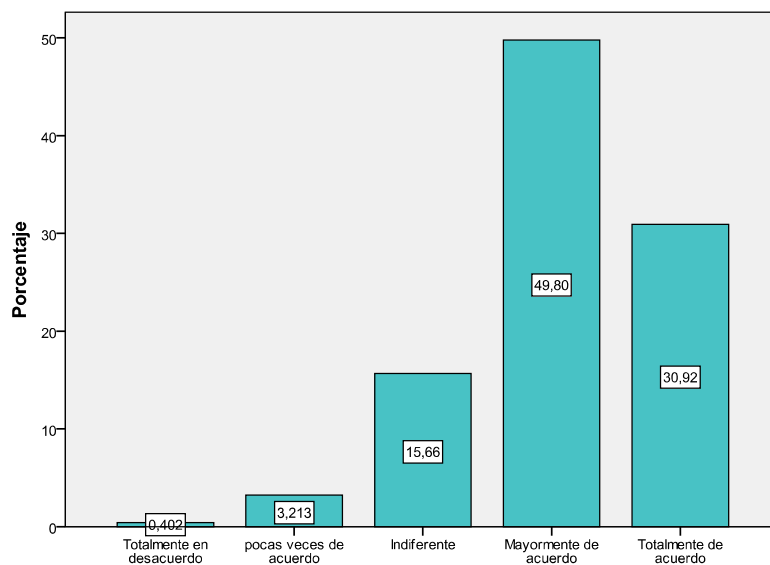


Figura N° 12 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si el horario de atención del Establecimiento le parece conveniente al atenderse en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

La Infraestructura y la presencia de vestidores así como en general los ambientes del Servicio tuvieron porcentajes de aceptación intermedios a bajos con un 29.72% de pocas veces de acuerdo sobre los vestidores que también trae aparejado el cómo estos vestidores sirvieron para los fines respectivos. Figura N° 13.

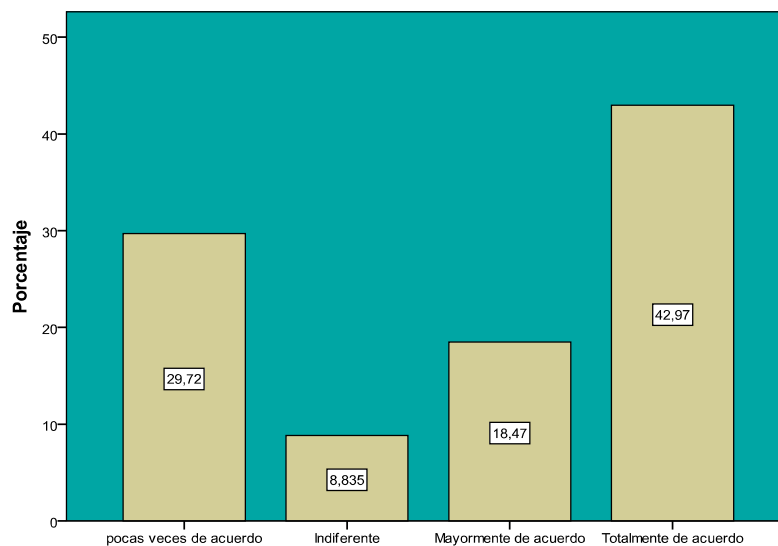


Figura N° 13 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si el servicio cuenta con un vestidor para el paciente al atenderse en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

La comodidad de los ambientes de atención tuvo un porcentaje de respuestas de baja aceptación en un 35.74% . Solo un 25.30% estuvo totalmente de acuerdo con la comodidad de los mismos. Figura N° 14 .

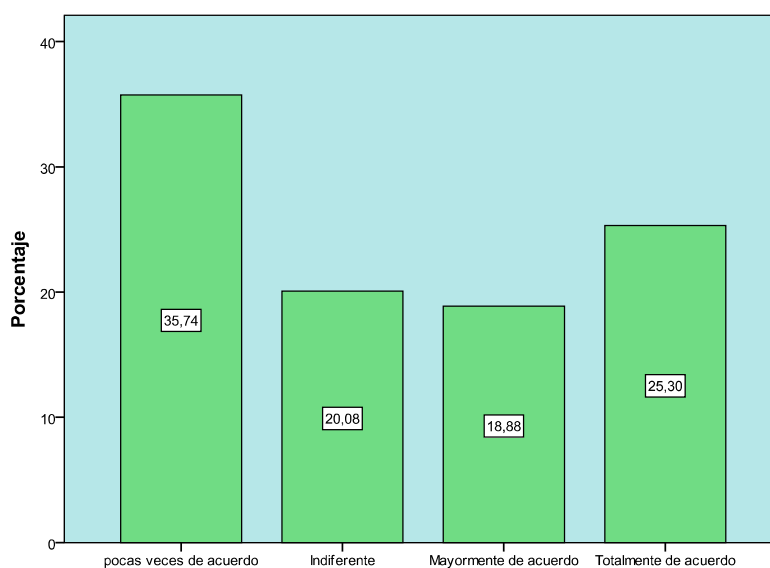


Figura N° 14 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si le parecieron cómodos los ambientes del Servicio al atenderse en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

Un 71.89 % estuvo de acuerdo con la limpieza exhibida por el servicio siendo de notar que totalmente de acuerdo estuvo el 51.81%. Figura N° 15

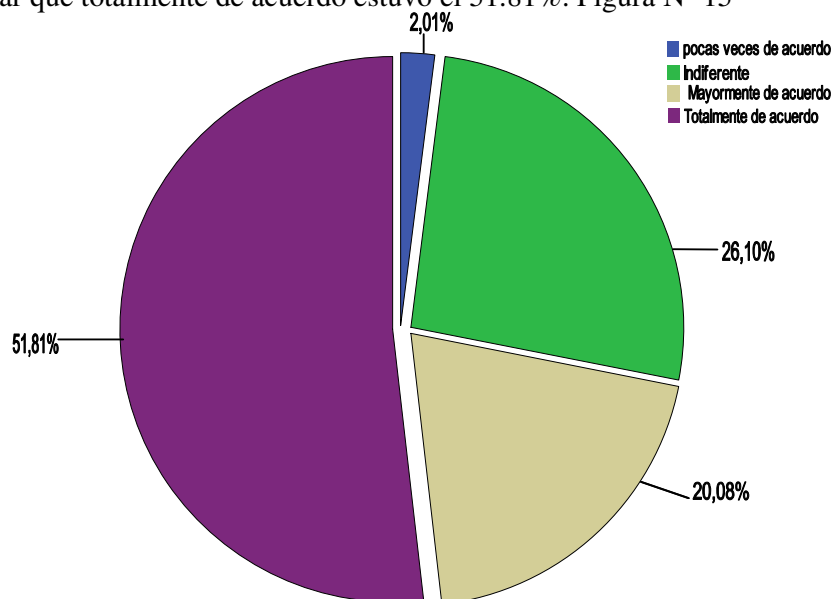


Figura N°15 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si el servicio se encuentra limpio al atenderse en el Servicio Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

En lo que respecta a la privacidad del paciente se percibió como un 52.21% como mayormente de acuerdo y 28.92% como totalmente de acuerdo. Figura N° 16

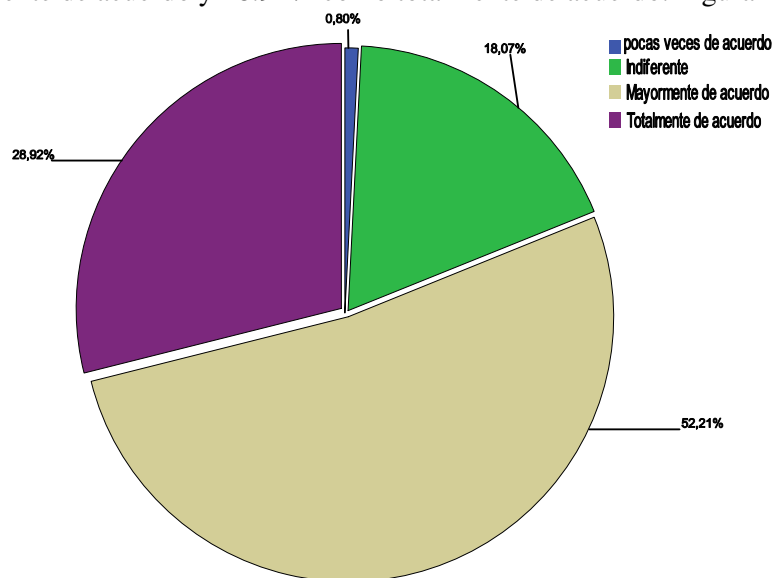


Figura N° 16 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre el respeto a su privacidad al atenderse en el Servicio Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

La percepción de la resolución de su problema de Salud por parte de los pacientes obtuvo un 79.52% global entre los que estaban totalmente de acuerdo 38.96% y

mayormente de acuerdo 40.56% Figura N° 17

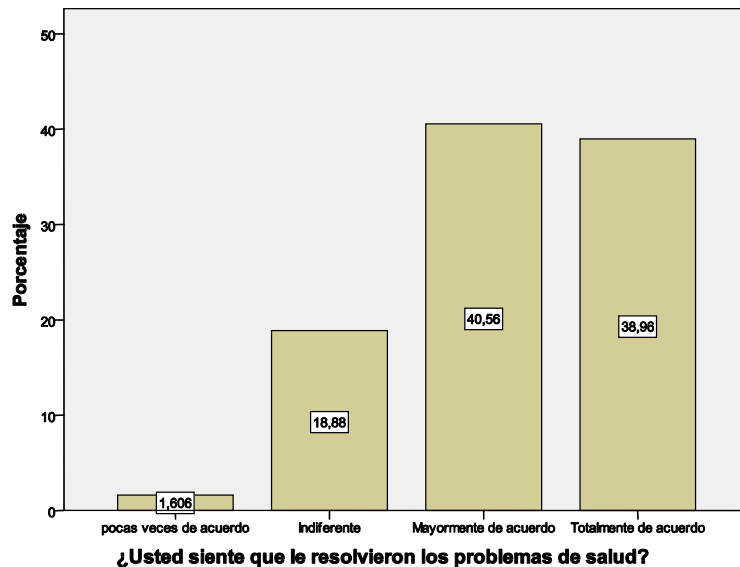


Figura N° 17 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si percibe que le resolvieron sus problemas de salud en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital S. de Comas SISOL 2012

La pregunta que puede considerarse global para la percepción sobre calidad de atención obtuvo un 39.36% como totalmente de acuerdo y 48.19% como mayormente de acuerdo como se puede observar en la Figura N° 18.

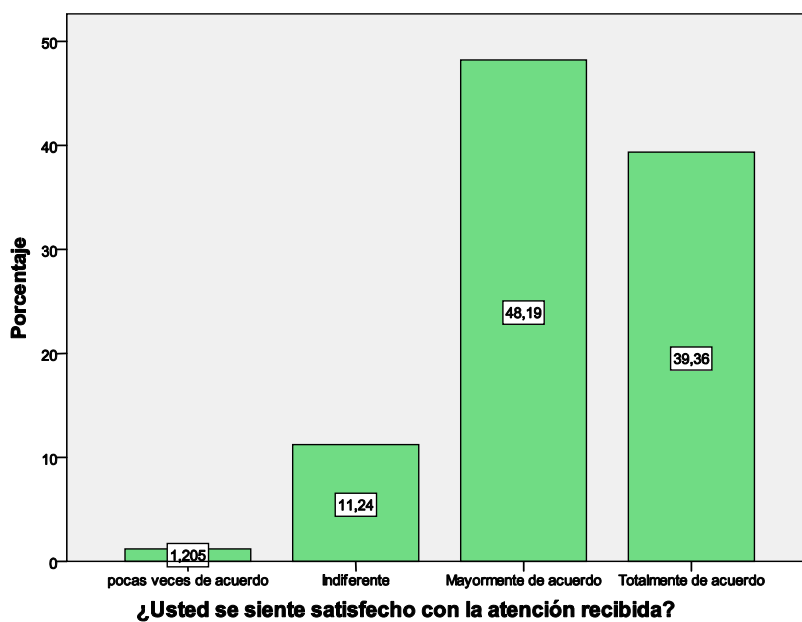


Figura N° 18 Porcentaje de la respuesta del paciente sobre si los pacientes se sienten satisfechos al atenderse en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Solidaridad de Comas SISOL 2012

Cuando se observa el promedio de las respuestas mayormente de acuerdo y totalmente de acuerdo como una expresión de percepción favorable en las encuestas y realizando sus sumatorias en cada dimensión se obtienen los siguientes resultados (Tabla No 5):

Tabla N° 5 Resumen de puntajes obtenidos en la encuesta a pacientes del servicio de gineco-obstetricia del hospital de la solidaridad comas agosto 2011 febrero 2012

Dimensiones	Puntaje Total
Respeto al usuario	70.9
Eficacia	76.3
Informacion Completa	61.5
Accesibilidad	67.6
Seguridad e Infraestructura	64.6
Satisfaccion Global	83.5

4.2. ANALISIS INTERPRETACION Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La preocupación por la Calidad de atención es una de los aspectos más importantes en la visión de toda gestión en salud. Diversos métodos se han planteado para evaluar el resultado final del producto brindado, es decir la atención como tal y la calidad de la misma. Los resultados de las percepciones de los usuarios o pacientes es por ello de primera importancia, debiendo realizarse estudios que recojan esa realidad y plantear medidas que mejoren dichos resultados.

El grupo de pacientes estudiado que fue atendido en el Servicio de Ginecología-Obstetricia del Hospital Solidario Comas tuvo un promedio de edad de 41.41 años (DS 13.360) (Tabla N° 1) en un rango que fue desde los 18 a los 87 años. Este promedio de edad se correlaciona con la frecuencia de la población en el rango de edades de 30 a 44 años en los 7 distritos que es de 22.88% según el INEI en su encuesta de población y vivienda del año 2007.(INEI, 2012) El grupo de edades entre 15 a 29 años con un 28.90% es el más frecuente en dicha encuesta del INEI. El rango de edades entre 34 a 41 años fue de 28.92% en el presente estudio, que representa un promedio mayor al nacional. Dicha población está en el rango de edad económicamente activa. (Tabla N° 2)

Si bien es cierto a nivel nacional se identificó un 24,1% de la población censada como de zonas rurales, de los 7 distritos de procedencia solo uno de ellos, Carabayllo es referida con población rural por lo que en el presente trabajo se identificó con un 1.6 % a pacientes provenientes de zonas rurales. (Tabla N° 3)

Los distritos más frecuentes en el estudio fueron Comas e Independencia con 28.11% y 18.88% respectivamente seguidos de San Martín de Porres y Los Olivos. Todos los distritos de procedencia de los pacientes fueron del llamado cono norte de Lima (Figura N° 1) , lo que estaría en relación a la cercanía con el establecimiento de salud estudiado, según lo podemos ver más adelante. En un estudio anterior, Liza (2007) encontró similares distritos de donde procedían los pacientes, variando los porcentajes de los mismos. Así, encontró pacientes provenientes de Comas en un 57% Independencia 12% Los Olivos 9% Carabayllo 8% y San Martín de Porres con 7% y de procedencia tan disímil como de Huánuco y Ancash. Las diferencias pueden

deberse al año del estudio 2004, pues luego se han instalado nuevos Hospitales de la Solidaridad haciendo más “cautivos” a los pacientes.

En cuanto al grado de Instrucción se observa que un porcentaje de 11.1% del total de pacientes encuestados carece de instrucción y un 9.8 % tiene secundaria completa habiendo respondido el 5.1% que tiene educación superior. De los usuarios que tienen algún grado de instrucción, un 74% refiere que no ha llegado a concluir la secundaria o no la han iniciado (Tabla N° 4). Estos resultados revelarían una población tendiente a esperar servicios de salud que pueden no tener calidad de atención óptima como se desprende de otros trabajos que remarcan que las personas instruidas viven mejor que las que no lo son, teniendo una mejor calidad de vida y conceptos y expectativas mejores en relación a quienes ostentan menores niveles de instrucción. Coronado (2009), analizando la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo encuentra en su trabajo un 3% de analfabetos y 17.3% con instrucción superior lo que nos da una idea de una instrucción poco adecuada aun en poblaciones de Lima.

Pizarro (2010), en referencia al nivel de instrucción de las usuarias, encuentra 50,51% que tienen educación superior y secundaria completa con 41,33%, lo que “indicaría probablemente una mayor capacidad de comprensión a la encuesta aplicada” pero a la vez “mayor exigencia de la valoración de las expectativas y percepciones que tienen sobre el servicio de salud”.

En otras realidades como en México, Ramírez et al (1998), encuentran similares conclusiones, pues observaron diferencias importantes entre los grupos de baja escolaridad y en los usuarios con mayor escolaridad siendo que la población analfabeta y con primaria incompleta informaron como principal motivo de insatisfacción el nulo efecto de los medicamentos; los usuarios con mayor escolaridad, señalaron “la percepción de la mala atención se explicó por los largos tiempos de espera”. Los grupos con instrucción superior percibieron la mala calidad de atención al “incumplimiento de las expectativas del paciente (no lo atendieron como esperaba, 26.4%). Cuando se realiza el análisis del grado de instrucción con los diferentes ítems de la encuesta se encuentran resultados estadísticamente significativos, lo que se desarrollará con las distintas dimensiones.

El motivo para acudir al Servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital, más frecuentemente referido fue el de “está más cerca” con un 48.19% y el de “no hay otro centro de salud” o no respondieron fue del 1%. (Figura N° 2). Sin embargo, podemos observar que en cada uno de los distritos del estudio, existen otros centros de Salud tanto públicos como privados, siendo de notar que los pacientes provenientes del distrito de San Martín de Porres tienen en muchos casos mayor cercanía con el Hospital Cayetano Heredia. Este hospital tiene niveles de resolución importantes, pues el resto de establecimientos de salud cercanos no los tienen, lo que explicaría que a pesar de señalar la cercanía “la percepción de la solución de sus problemas de salud con la resolución adecuada”, inclinarían la decisión de escoger al Hospital solidario Comas.

La “buena atención” con un 14% complementaría esta interpretación. Un 12.45% de pacientes manifiestan que acuden porque “no tienen seguro,” debiendo mencionarse que existe también un hospital de la seguridad social cercano con importantes niveles de resolución, por lo que aspectos como pronta atención, “buena atención” con diagnóstico y entrega de resultados, “es barato” con un 21% y recetas oportunas, inclinarían a quienes están fuera de ese 12.45% y que tendrían seguro social en muchos casos a acudir al hospital de la solidaridad Comas.

Desarrollando la segunda parte de la encuesta a fin de estudiar la percepción del usuario respecto a la atención recibida, se preguntó acerca de la atención y su percepción del trato, donde los pacientes mencionaron estar totalmente de acuerdo en un 49% ante la pregunta de si lo trataron bien, y sumado a mayormente de acuerdo resultó en un 68.28%. Figura N° 3.

Las respuestas sobre si le brindaron confianza fueron un 39.36% de estar totalmente de acuerdo y 36.14% de mayormente de acuerdo con la misma. Figura N° 4

Estos dos aspectos abarcan una dimensión de la calidad que es el respeto al usuario y que en otras dimensiones se expresan como fiabilidad. Vicuña (2002), evaluando niveles de satisfacción percibidas sobre la calidad en un servicio de obstetricia resalta como disfunciones la “falta de confianza que le inspira el personal de salud a la usuaria” (55,3%). En el eje de capacidad de respuesta, encontró demora del personal

para atender los pedidos (64,6%) y/o los llamados de las pacientes (64,4%). Igualmente el 22,4% de pacientes declaró que el tiempo de espera para su atención previa a la hospitalización había sido muy largo.

Puebla y Moreno (2009), en un estudio de México, acerca de la atención por parte del personal de salud obtuvieron resultados preocupantes. Así con relación al indicador trato digno, 2.18 % de los usuarios opinaron que fueron tratados con dignidad, 20.92 % expresó que no siempre fue así, mientras que 51.90 % que casi nunca fueron respetados sus derechos como persona y 25 % nunca. En el indicador de respeto se obtuvieron resultados similares, prevaleciendo 46.74 % con la respuesta casi nunca; 28.08 % consideró que nunca lo han atendido con respeto; 22.10 % con casi siempre y solamente 3.08 % refirió que siempre el trato fue con respeto. A pesar de ser un grupo de pacientes entrevistados luego de su hospitalización así como en una unidad de salud familiar, las comparaciones con nuestra área de estudio como lo es consulta externa, tiene aspectos similares como lo son los tiempos de espera manifestados como percepción de buen trato, por lo que las usuarias manifestaron altos niveles de satisfacción en el Hospital de la Solidaridad Comas. Asimismo, los niveles de brindar confianza en la consulta externa fue elevada con 75.5% entre total o mayormente de acuerdo.

Seclen-Palacin (2005), en un análisis secundario de los datos de Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 2000, refiriéndose a la accesibilidad para la atención, midió el tiempo de espera, vale decir el tiempo en minutos que el usuario una vez llegado al establecimiento tuvo que aguardar para ser atendido. Esto como un indicador de respeto al usuario, donde en los Centros de Salud, 45,5% de usuarios esperó menos de 15 minutos para ser atendido y 13,8% aguardó más de una hora, a diferencia de los hospitales donde 31,8% esperó menos de 15 minutos y 28,7% más de una hora para la atención. La media para el grupo de Centros de Salud fue 39,1 minutos (error estándar = 2,59) y para los atendidos en el hospital 64,9 minutos (error estándar = 3,91). Estas poblaciones mostraron diferencias significativas que traducen una percepción de demora en la atención e insatisfacción, sobre todo en hospitales de mayores niveles de resolución, lo que traduciría la percepción de la buena atención

en esta dimensión del respeto por parte del Hospital solidario Comas en su servicio de ginecología obstetricia.

Las respuestas referentes a si le hicieron un examen clínico completo arroja un 44.98% como totalmente de acuerdo y 31.3% como mayormente de acuerdo (Figura N° 5) sumando un 76% de percepción aprobatoria sobre esta dimensión de Eficacia. Al respecto es importante señalar la confianza depositada por el paciente o usuario en el médico. Parte de esa confianza es la relación establecida entre los mismos. Relación fundamentada en la confianza del profesionalismo del Médico así como en la espera de un accionar competente del médico que se establece en parte por la realización de un examen clínico adecuado, pues el paciente se “pone en manos del médico” y espera percibir el interés, conocimiento y los pasos necesarios a fin de que le establezcan el mal que le aqueja así como una alternativa de curación. Acerca de la confianza en el médico, Ramos (2008), estudiando un grupo de pacientes del Departamento de medicina de un Hospital nivel III en Callao, encuentra que una adecuada relación médico-paciente fué declarada como plena por 71,4% de sus entrevistados, cifra muy cercana a la encontrada por Andía (2002), en un estudio en Cusco, en un hospital del seguro social, el año 2002, donde 62,2% de los 91 usuarios encuestados respondió tener plena confianza y seguridad en el médico. Niveles de confiabilidad del 55,1% de insatisfacción leve a moderada, obtuvo Pizarro en pacientes usuarias de un servicio de ginecología obstetricia. En esta dimensión las respuestas de los usuarios del servicio de ginecología obstetricia del Hospital de la Solidaridad Comas también fueron con un porcentaje elevado, 76%, si se compara a otros estudios como los mencionados.

La información, como una dimensión dentro del proceso de atención en salud se recogen en las preguntas acerca de la explicación sobre el examen que le iban a realizar, lo que obtuvo una percepción de 53.4% como totalmente de acuerdo y 21.3% como mayormente de acuerdo (Figura N° 6) Este aspecto se refiere a la atención tanto en lo clínico como la ayuda diagnóstica.

La atención médica traducida en el tipo de diálogo sostenido con la paciente y que puede determinar un nivel de comprensión del proceso de atención fue percibida en “explicación con palabras fáciles de entender” con un 47.79 % de Totalmente de

acuerdo y 26.10 % de mayormente de acuerdo, traduciendo una buena aceptación en este ítem. Figura N° 7

Parte de la atención es la receta prescrita, la cual por otro lado, tuvo una baja percepción de aceptación en relación a si las indicaciones fueron claras, con un 65.06% de pocas veces de acuerdo lo que puede sumarse al 10.04 % de indiferente. Figura N° 8

El derecho de los pacientes a recibir información sobre su estado de salud así como del tratamiento fue desarrollado durante mediados del siglo XX en los Estados Unidos. La exigencia ciudadana para información sobre su enfermedad se inicia a partir de las exigencias de los colectivos de enfermos de SIDA; luego fue una demanda extendida a la sociedad. Los códigos deontológicos médicos son los primeros en reconocer que esta demanda de información es un derecho que puede ser ejercido; este reconocimiento fue luego refrendado por la ley en los distintos países. El aumento de enfermedades crónicas y la transformación epidemiológica referente al envejecimiento de la población por los mejores métodos de diagnóstico y tratamiento aunados por la necesidad de compartir la responsabilidad de las decisiones tomadas con los pacientes así como los derechos civiles planteaban una información de calidad en temas de salud.

Asimismo, la necesidad de emplear los recursos siempre escasos de manera óptima, son la base económica para mejorar la atención en sus diversas esferas como seguridad, efectividad, etc. y un paciente informado debidamente contribuye mejor al cuidado primero y/o al restablecimiento mejor de su salud, lo que permite ahorrar recursos, reduciendo los costos sanitarios. Los fundamentos éticos, psicológicos así como los normativos legales son invocados por Vall (2008), para el sustento de la información del paciente. Manifiesta que el aspecto psicológico influye sobre la tranquilidad al reducir la angustia, y una mejor recuperación con el conocimiento de lo que le sucede en su proceso de enfermedad, presentando mejor colaboración.

En varios países el derecho a la información es recogido en las legislaciones siendo en el Perú aun incipiente, y desarrollado ampliamente por la OMS. El código de ética

del Colegio Médico del Perú (2007), recoge en su artículo 41 el derecho de los pacientes a la información.

El derecho a la información implica no solamente proporcionar información sino hacerlo de la manera más adecuada a las características del paciente. Establecer el titular del derecho a la información es necesario pues existen situaciones especiales como en relación a la edad y al grado de dependencia de los pacientes. Asimismo, para un mejor ejercicio del derecho a la información sobre temas relacionados con la salud, los ciudadanos deben poder acceder a una buena educación sobre la misma.

Un 46.59% de pacientes respondió que estaba totalmente de acuerdo y 26.91% estuvo mayormente de acuerdo con la explicación administrada por los Médicos acerca de los cuidados que deberían seguir en casa. Figura N°9

Un promedio de esta dimensión de información al paciente arroja un resultado de más de 70 % de aceptación que se ve convertida en 61.54% tomando en cuenta el ítem “indicaciones de la receta”, lo que igualmente revela un aspecto que contribuye a la apreciación general de una buena atención de las pacientes del servicio de ginecología obstetricia en el Hospital de la Solidaridad de Comas. Sin embargo es la que tiene menor porcentaje de aceptación dentro de todas las dimensiones siendo lo relacionado a las indicaciones claras de la receta el de menor aceptación con un 65.06% de pocas veces de acuerdo teniendo significación estadística con $p=0.00$ y que está relacionado mayormente al componente de pacientes con secundaria incompleta como las mas inconformes. Quizás concordante con el trabajo de Ramírez (1998), los pacientes con menores niveles de instrucción respondieron estar pocas veces de acuerdo con las indicaciones dadas en la receta, lo que estaría en relación a un menor nivel de comprensión de lo indicado por el médico. Así vemos que 65.06 % de los entrevistados estuvieron pocas veces de acuerdo con las indicaciones claras de la receta.

Ello permite pensar que el nivel de educación o de instrucción no permitiría comprender por el lado del paciente las indicaciones administradas en la receta médica así como sugiere la necesidad de actuar sobre ese grupo en especial.

Los aspectos que pueden limitar el acceso de los pacientes a un establecimiento de salud son planteados en las preguntas que miden la accesibilidad, tales como horarios, tarifas así como creencias y conceptos en relación a los males que presenta. La accesibilidad en salud⁶⁰ es definida como la posibilidad de ser atendidos por los servicios. Hay por lo menos tres tipos: 1) material (distancia, transporte, horarios), 2) económicas (costos de viaje, de los honorarios) y 3) sociales o culturales (barreras por pautas culturales, del idioma, etc.) siendo estos tres tipos plasmadas en la encuesta.

Tanto las tarifas como la percepción acerca de sus creencias en relación a su enfermedad y la atención en sí, obtuvieron dentro del contexto de toda la encuesta un porcentaje intermedio. Las tarifas y su implicancia en la percepción de la aceptación de las mismas obtuvo una respuesta de 25.70% de totalmente de acuerdo, siendo uno de los pocos rubros en que este tipo de respuesta no tuvo una gran aceptación, pero la mayoría de ellos, el 42.97% estuvo mayormente de acuerdo con las tarifas cobradas. La aceptación en total suma 68%. Figura N°10

El respeto por las creencias del paciente por parte del personal de salud, en relación a las medidas terapéuticas, así como al proceso de atención en sí, obtuvo una respuesta de 29.32% como totalmente de acuerdo y 24.10% como mayormente de acuerdo. Figura N° 11

El 49.80 % estuvo mayormente de acuerdo con el horario de atención establecido y el 30.92% estuvo totalmente de acuerdo. La gran mayoría acepta esos horarios de atención. Figura N° 12

A inicios del siglo pasado aun era común el clásico médico de familia que acudía maletín en mano al domicilio de los pacientes pues los hospitales no tenían aún el desarrollo producto de la concentración de especialistas y de alta tecnología como es hoy y a donde debe acudir el enfermo en busca de mayor y mejor atención, no existiendo ni siquiera los servicios de urgencia. La accesibilidad toma significado por el cambio producido en relación a la transformación de esta realidad durante las décadas de 1930 a 1950, cuando el paciente, aun el hospitalizado, tuvo necesidad de desplazarse hacia el consultorio del médico o hacia el hospital; para ello el sistema de salud debió hacerse accesible para recibir a los enfermos. Así, cambió la clásica

dirección del médico hacia el paciente y su domicilio por la del paciente al médico o al hospital en busca de atención. Luego esa accesibilidad incluso se amplía con el desplazamiento de los pacientes hacia el médico y además, que el paciente tenga la capacidad y los recursos para hacerlo, así como el acceso a la atención curativa y a la preventiva. Al momento no es posible conceptualizar la calidad si no existe acceso a los servicios. Obviamente no solo se trata de lograr accesibilidad sino aparejado a ello, calidad (RUELAS, 2011).

Andia (2002), evaluando la Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa del hospital I Espinar en el Cuzco encuentra sobre la accesibilidad que “las dimensiones que más influyen en la satisfacción global del usuario y en la percepción de la calidad de atención, son la accesibilidad al hospital, la confianza en que se recuperará su salud, la calidad del médico u odontólogo, las relaciones interpersonales y la calidad de medicamentos”. Se postula que los establecimientos de salud menos accesibles en términos geográficos se asocian a menores niveles de satisfacción. Ello se ha visto también en otro trabajo, basado en el análisis secundario de una encuesta nacional representativa para estudiar las condiciones y niveles de vida de la población peruana. Seclén-Palacin (2005), encuentra que las poblaciones con menores distancias al establecimiento de salud se asociaron con mayores niveles de satisfacción; y no encontró relación de la Satisfacción del Usuario con el tiempo de espera. Encontró que “la población que se atendió en Centros de Salud tuvo una tendencia, estadísticamente no significativa, de asociación negativa entre distancia al establecimiento y Satisfacción del Usuario (es decir, menores distancias se reflejan en mayores niveles de satisfacción). En el caso de hospitales, tal asociación es positiva (mayores distancias se traducen en mayor satisfacción), lo cual va en contraposición a lo publicado. Esto último podría obedecer a que el número de entrevistados por categoría de estudio fue insuficiente o que aquellos pacientes procedentes de más lejos hayan decidido atenderse en el hospital por prestigio institucional, recomendaciones de personas cercanas entre otros o que efectivamente los más alejados del hospital por el sólo hecho de tener acceso a la atención ya tienen una predisposición a la satisfacción.” Con relación al tiempo de espera Liza (2007), señala que “existe reportes que exploran la relación entre la Satisfacción del Usuario

y el tiempo de espera para la atención, encontrándose una asociación inversa, es decir, menores tiempo de espera hacen esperar mayores niveles de satisfacción”

Los tiempos de espera se pueden relacionar a los horarios de atención y resultarían beneficiosos para una mejor percepción de atención al disminuir la angustia e incertidumbre de los pacientes, al darse una pronta atención y en mejores horarios. En el caso de los Hospitales, por tener más tecnología, especialistas y resolución pueda que la situación sea distinta con pacientes más tolerantes, en la esperanza de tener esta atención pues valoran más la atención en si, traducida en competencia del profesional médico, así como la comunicación e información. Al ser el servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital solidario Comas de atención de consulta externa, pero con competencia profesional de especialistas y con resolución, obtendría por ello los niveles de aceptación del 80% en los horarios de atención es decir mayor o totalmente de acuerdo.

En cuanto a la dimensión de Seguridad, aspectos de la Infraestructura como la presencia de vestidores así como en general los ambientes del Servicio de Gineco-obstetricia tuvieron porcentajes de aceptación intermedios a bajos como puede desprenderse de un 29.72% de pocas veces de acuerdo sobre la existencia de vestidores que también trae aparejado el cómo estos vestidores sirvieron para los fines respectivos. Figura N° 13.

La comodidad de los ambientes de atención tuvo un porcentaje de respuestas de baja aceptación en un 35.74% de pocas veces de acuerdo e indiferente 20.1%. Solo un 25.30% estuvo totalmente de acuerdo con la comodidad de los mismos. Figura N° 14

Un 71.89 % estuvo de acuerdo con la limpieza exhibida por el servicio siendo de notar que totalmente de acuerdo estuvo el 51.81%. Figura N° 15

En lo que respecta a la privacidad del paciente se percibió como un 52.21% como mayormente de acuerdo y 28.92% como totalmente de acuerdo. Figura N° 16

En el Manual de la Comisión Conjunta para Acreditación de Organizaciones de Salud (1996), “el paciente tiene derecho de recibir el tratamiento respetuosamente en todo momento y bajo todas circunstancias como reconocimiento de su dignidad”. La privacidad personal del paciente, es decir, el ser examinado en consultorios o establecimientos de salud diseñados para asegurar el aislamiento visual y auditivo

razonable es un derecho del paciente. Durante algunos exámenes clínicos médicos hasta se puede pedir que exista una persona del mismo sexo presente durante el mismo, así como durante el tratamiento o procedimiento efectuado por profesionales médicos del sexo opuesto. Igualmente a no permanecer más del tiempo debido y solicitado para la exposición corporal.

El paciente y su individualidad son el aspecto central de la visión de privacidad durante la atención en los establecimientos de salud donde el equipo de gestión y el personal de salud que trabaja en la consulta externa establecerá la forma de implementar acciones que garanticen la privacidad en la atención del paciente.

Tanto la ventilación como la luz especialmente la solar era muy relevante en la teoría de Nightingale; en particular, consideraba la recepción de luz solar directa como una necesidad específica de los pacientes, y sostuvo que “la luz tiene efectos reales tangibles sobre el cuerpo humano”.

Las particularidades de las salas de espera de los consultorios de Ginecología obstetricia del Hospital Solidario Comas permiten que los pacientes tengan ventilación apropiada. Desarrollados en ambientes amplios y “al aire libre” es una de las fortalezas exhibidas en su desarrollo. Como observamos, los componentes de presencia de vestidores y la comodidad de los ambientes de atención tuvieron en general porcentajes bajos de aceptación lo que constituye una debilidad de la gestión. La limpieza y la privacidad sí tuvo porcentajes importantes de aceptación. La atención en locales basados en contenedores evidenciaría poca aceptación y probablemente la fuerza de las otras fortalezas en la atención de los diferentes servicios en general y del servicio de Ginecología Obstetricia en particular, determinan que globalmente la atención tenga porcentajes elevados de aceptación del hospital y del servicio en particular.

En la dimensión seguridad, en el estudio de Vicuña (2002) las deficiencias en el confort, y la falta de privacidad fueron las que inspiraron más quejas en el grupo de pacientes estudiados. En el trabajo de Morales (2008), en la consulta externa de un Centro de Salud en Cochabamba Bolivia en la evaluación de la estructura, con respecto a la sala de espera, al 45% de los usuarios le pareció cómoda, al 43% le pareció regular, al 11% de los encuestados les pareció malo. Contrariamente el 58%

de los usuarios, se quejo de la incomodidad en sala de espera. En cuanto a la limpieza y orden del centro al 71% de las personas les pareció buena la limpieza; el 53% de los encuestados no consideran limpios los servicios sanitarios. En estos dos trabajos podemos percibir hallazgos similares, por lo que sería un problema de primera atención por parte de los gestores al momento de evaluar y considerar soluciones para una mejor calidad de atención.

Por otro lado, no existe desarrollo de locales de atención en salud comparables al tipo de los Hospitales solidarios basados en Contenedores que le permiten ubicación y desplazamiento fluido de ser el caso, por lo que al ser una experiencia única resulta difícil encontrar trabajos similares que estudien estos aspectos de infraestructura.

La percepción de la resolución de su problema de Salud por parte de los pacientes obtuvo un 79.52% global. Entre los que estaban totalmente de acuerdo 38.96% y mayormente de acuerdo 40.56% Figura N° 17

La pregunta que puede considerarse global para la percepción sobre calidad de atención si “estaba satisfecho con la atención” obtuvo un 39.36% como totalmente de acuerdo y 48.19% como mayormente de acuerdo Figura N° 18.

En términos generales, la prevalencia global de satisfacción con la atención en el servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital Solidario Comas es elevada (87.55%), lo cual es compatible con la tendencia de los pacientes a manifestar elevados porcentajes de satisfacción de la atención, tanto en trabajos nacionales como por la literatura internacional (Ministerio de salud, 2002) (Liza, 2007) (Cuevas, 2004) (Casalino-Carpio, 2008) (Seclén-Palacin & Darras, 2005) (Andía et al, 2002)

Es necesario señalar que la satisfacción del usuario depende de la calidad brindada de los servicios así como de sus expectativas. El paciente expresa satisfacción cuando los servicios brindados alcanzan o superan sus expectativas. Las expectativas del paciente pueden ser bajas o pueden tener acceso limitado a los servicios, por lo que puede resultar satisfecho al recibir servicios relativamente deficientes. Los pacientes en general, aceptan la atención de salud brindada sin expresar quejas y hasta revelan satisfacción por ella, al responder encuestas. Por eso mismo no necesariamente una buena respuesta, expresada por muchas causas, obedece a un buen servicio, sino

puede expresar bajas expectativas. Por lo tanto, los gestores en salud no deben tomar de manera rígida las respuestas de los pacientes y concluir que los servicios brindados son adecuados solo porque los pacientes no se quejan. En consecuencia hasta los niveles bajos de insatisfacción deben ser motivo de respuestas de gestión a fin de dimensionar exactamente los valores resultantes. El orientar a los pacientes e “informar al público con respecto a lo que constituye la atención apropiada suelen ser aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad” (Ministerio de salud, 2002)

El 87.55%, expresa un alto porcentaje de satisfacción por la atención recibida en el servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital de Comas SISOL, lo que revela también concordancia con otras encuestas tanto de opinión pública como de trabajos de investigación sobre los Hospitales de la Solidaridad. Así una encuesta sobre Percepción de la Calidad de Atención en los Establecimientos de Salud en Lima y Callao en abril del 2009 asignó un porcentaje de 69.9 % de percepción de buena a muy buena atención en hospitales de SISOL, 24.6 % a hospitales de EsSalud y 17.8% a Hospitales del MINSA (Universidad de Lima, 2009)

Con respecto al instrumento utilizado “Encuesta de satisfacción de usuarios externos de servicios de salud” DGSP/DESS/DGCA-MINSA 2002 y luego de formar las diferentes dimensiones, optamos por sumar los diferentes valores obtenidos para catalogarlos según la escala de Likert. Sin embargo es necesario que el instrumento sea fiable es decir tenga grado de estabilidad y precisión o consistencia. La finalidad del instrumento es medir algo para lo cual debe ser valido en constructo, esto es deberá medir lo que se quiere. Para esto uno plantea las dimensiones que conforman este instrumento y luego lo comprueba mediante el análisis factorial. En términos simples, los items que conforman alguna dimensión deben estar fuertemente correlacionados entre si (están midiendo el mismo aspecto) y los items que conforman otras dimensiones no deberán estar tan correlacionados. Si bien es cierto algunos autores recomiendan no tratar las respuestas de estadística descriptiva calculando medias sino recomiendan analizar las modas, sin embargo, otros autores sostienen que se puede visualizar la distribución de las respuestas (porcentajes que están de acuerdo, en desacuerdo, etc) en un gráfico, como un gráfico de barras, con

una barra para cada categoría de respuesta. Igualmente aquellos ítems de cada dimensión que son favorables o desfavorables en percepción pueden ser vistos de manera homogénea.

En nuestro trabajo observamos que casi todas las dimensiones tienen ítems con correlación, sin embargo la dimensión seguridad e infraestructura no cumple estos requisitos por lo que sería necesario replantear y revisar que no solo cuenten con opinión de expertos sino con el análisis estadístico, este tipo de documentos aprobados a nivel de los entes rectores del país.

CONCLUSIONES

El grado de Satisfacción de los Usuarios Externos acerca de la Infraestructura y de la Calidad de atención del Consultorio Externo del servicio de Gineco - Obstetricia del hospital de la Solidaridad de Comas Agosto 2011- Febrero 2012 fue Bueno (70.92%)

El grado de Satisfacción de los Usuarios Externos en la atención en la consulta externa de Gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas fue Muy bueno (87.55%)

El grado de satisfacción de los usuarios en relación a la infraestructura del servicio de Gineco-obstetricia del Hospital de la Solidaridad de Comas fue regular (64.66%)

RECOMENDACIONES

La gestión del Hospital de la Solidaridad Comas debe realizar un proyecto de gestión a fin de mejorar el grado de satisfacción de las usuarias de la consulta externa del servicio de gineco-obstetricia en relación a la infraestructura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). *AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality. Advancing Excellence in Health Care*. Obtenido de <http://www.ahrq.gov/professionals/index.html>
- Allport, F. (1974). *El problema de la percepción*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Álvarez Baza, M. (2003). Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. *Enfermería Clínica*, 11(1), 16-25.
- Andía, C., Pineda, A., Sottec, V., Santos, J., Molina, M., & Romero, Z. (2002). Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa del hospital I Espinar. *Rev. Univ. Nac. San Antonio Abad*, 10(20), 18-22.
- Aranaz, J. (1994). La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica. En J. Matías-Guío, & J. Laínez, *Gestión sanitaria y asistencia neurológica*. Barcelona:, España: JR Prous Ediciones.
- Breed, J., Ciampricotti, R., & Tromp, G. (1992). Quality of life perception during antihypertensive treatment: a comparative study of bisoprolol and enalapril. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 20, 750-755.
- Casalino-Carpio, G. (2008). Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima mediante la encuesta Servqual. *Rev Soc Peru Med Interna*, 21(4), 143-152.
- Cedres De Bello, S. (2000) Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. Recuperado el 2 de Marzo de 2013, [http://www.dgiem.gob.pe/humanizacion-y-calidad-de-los-ambientes-hospitalarios/Colegio Médico del Perú. \(2007\). Codigo de ética y deontología](http://www.dgiem.gob.pe/humanizacion-y-calidad-de-los-ambientes-hospitalarios/Colegio_Médico_del_Perú_(2007).Codigo_de_ética_y_deontología.Lima,Perú:Colegio_Médico_del_Perú). Lima, Perú: Colegio Médico del Perú.
- Coronado, J., Diaz, C., Apolaya, M., Manrique, L., & Arequipa, J. (2009). Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per*, 26(4).
- Crosby, P. (1998). *La calidad no cuesta*. Azcapotzalco, Mexico: Compañía Editorial Continental S.A. - CECOSA.
- Cuevas, C. (2004). *Modelo para medir la calidad en los servicios brindados por los hospitales puertorriqueños*. Recinto Universitario de Mayagüez, Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.

- d'Empaire, G. (2010). Calidad de atención médica y principios éticos. *Acta Bioethica*, XVI(2), 124-132.
- Day, R. (1994). *Psicología de la Percepción Humana*. México D.F., México: Limusa Wiley S.A.
- Del Cid, N. (2008). Tesis. *Estudio acerca de la satisfacción y atención que recibe el paciente en el centro integral materno infantil S.A (CIMISA)*. Guatemala: Universidad de San Carlos.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quartely*, 44, 166-203.
- Donabedian, A. (1989). La calidad de la asistencia.¿Cómo podría ser evaluada? *JANO*, 864, 103-110.
- Donabedian, A. (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Publica Mex*, 35(3), 238-247.
- Emperador amarillo. (2010). *Los cuatro libros del Emperador amarillo. Colección Pliegos de Oriente*. Madrid, España: Trotta.
- Encyclopedia Britannica. (1911). *HIPPOCRATES* (Vol. 24). Encyclopedia Britannica, Inc.
- Galeno. (2002). *Tratados filosóficos y autobiográficos*. Madrid, España: Gredos.
- Gómez, M., Pérez, A., Moya, M., & Reyes, M. (2004). Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 20(3).
- Gómez de la Cámara, A. (1995). Medicina Basada en la Evidencia. Aspectos controvertidos. *Formación Médica Continuada*, 5, 185-196.
- Gonzales, C. M. (1966). *Manual de Mantenimiento de los Servicios de Salud: Instalaciones y Bienes de equipo*. (Vol. II). Washignton D.C., EE. UU: Organización Mundial de la salud Organización Panamericana de la Salud.
- González, E. (2008). Tesis. *Calidad de la atención en el servicio de urgencias del area de salud Heredia Cubujuqui desde la perspectiva del cliente*. Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Publica.
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos de bioética*. Madrid, España: Triacastela,.
- Guyatt, G. (1991). Evidence based medicine. *ACP J Club*, 112(Sppl 2), 1-16.

- INEI. (2012). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de vivienda*. Recuperado el 15 de noviembre de 2012, de <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>
- Joint commission on accreditation of healthcare organizations. (1996). *Manual de acreditación para hospitales*. Barcelona, España: Fundació Avedis Donabedian.
- Liza, C. (2007). Tesis. *Percepción de la Calidad de atención en Hospitales de la Solidaridad de la Municipalidad de Lima en el Cono Norte*. Lima, Perú.
- Mancini, A. (2004). *El misterio de Maat, diosa de la justicia en el antiguo Egipto*. Paris, Francia: Buenos Books America Llc.
- Marión, J., Peiró, S., Marquez, S., & Meneu, R. (1998). Variaciones en la práctica médica, importancia, causas, implicaciones. *Medicina Clínica*, 110, 382-390.
- Marriner, A., & Raile, M. (1999.). *Modelos y teorías en enfermería* (4ta ed.). Madrid, España: Harcourt Brace.
- Ministerio de Salud. (1998). Resolución Ministerial 016-1998/MINSA. *Documento técnico: Norma Técnica para el mantenimiento preventivo y conservación de la infraestructura física de hospitales*. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud. (2002). *Encuesta de Satisfacción de Usuarios Externos de Servicios de Salud*. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud. (2006). Resolución Ministerial 519-2006/MINSA. *Documento técnico: Sistema de gestión de la calidad en Salud Documento técnico*. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud. (2009). Resolución Ministerial 727-2009/MINSA. *Política Nacional de Calidad de Salud*. Lima, Perú.
- Mira, J., Aranaz, J., Rodríguez-Marín, J., Buil, J., Castell, M., & Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. *Medicina Preventiva*, IV, 12-18.
- Morales, M., & Carvajal, C. (2008). Percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del centro de salud villa candelaria. *Rev. Méd. Cochabamba*, 19(29), 24-28.
- Moreno, E. M. (1998). *Calidad de la atención primaria - aporte metodológico para su evaluación*. Tucumán, Argentina: OPS.
- Moroni, J. (1985). *Manual de Psicología*. Barcelona, España: Morata.

- Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Alma-Ata, Rusia.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). *The principles of quality assurance*. Copenhagen, Dinamarca: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). *La Salud en las Américas* (Vol. I). Washington, D.C., EE. UU.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Washington, D.C., EE. UU.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Glosario de calidad en salud*. Recuperado el 2 de setiembre de 2012, de Biblioteca Virtual en Salud: <http://www.bvs.org.ar/pdf/calidadensalud.pdf>
- Penacho, J. (2001). Evolucion Historica de la Calidad en el contexto del mundo de la empresa y del trabajo. *Forum Calidad*, 13(119), 60-65.
- Pizarro-Sánchez, E. (2010). Percepción de la usuaria externa de la calidad de servicio de Gineco obstetricia del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, EsSalud 2009. *Rev Per Obst Enf*, 6(1).
- Puebla, D., Ramirez, D., Ramos, P., & Moreno, P. (2009). Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 17(2), 97-102.
- Ramírez, T., Nájera, P., & Nigenda, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex*, 40(1), 3-12.
- Ramos-Rodríguez, C. (2008). Percepción de las relaciones médico-paciente, por parte de los usuarios externos de un departamento de medicina. *An Fac med*, 69(1), 12-16.
- Rico Menéndez, J. (2001). Evolución del concepto de calidad. *Rev. Esp. Trasp*, 10(3), 169.
- Ruelas, E. (2011). Calidad y accesibilidad. *Gaceta Médica de México*, 147, 510-513.
- Ruiz-González, C., Vargas-Vorackova, F., Castillo-Rentería, C., Pérez-Pimentel, L., & Martínez-Mata, R. (1990). ¿Qué piensan los pacientes de los servicios del Instituto Nacional de la Nutrición? *Rev Invest Clin*, 42(4), 298-311.

- San Martín, J. (1999). *Códigos legales de tradición babilónica*. Barcelona, España: Trotta Edicions.
- Seclén-Palacin, J., & Darras, C. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. *An Fac Med*, 66(2), 127-141.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración de Salud. (2002). *INFORME SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Barcelona, España: Sociedad Española de Salud Pública y Administración de Salud - SESPAS.
- Suñol, R., & Bañeres, J. (1997). Origen, evolución y características de los programas de Gestión de la Calidad en los servicios de salud. En J. Saturno, & P. Gascón, *Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria*. Madrid, España: Parra.
- The Joint Commission. (2012). *Specifications Manual for Joint Commission National Quality Core Measures*. Recuperado el 12 de setiembre de 2012, de http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
- Universidad de Lima. (2009). Barómetro Social. *II Encuesta Anual sobre la situación de salud en el Perú Lima Metropolitana y el Callao*. Lima, Perú: Universidad de Lima.
- Vall, A., & Rodríguez, C. (2008). El derecho a la información del paciente: una aproximación legal y deontológica. *textos universitaris de biblioteconomia i documentació*(21), DOI: 10.1344/105.000000324.
- Vicuña, M. (2002). Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. *Anales de la Facultad de Medicina*, 63(1), 40-50.
- Vuori, H. (1989). *Control de calidad de los servicios sanitarios. Conceptos y metodología*. Barcelona, España: Masson SG.
- Whittaker, J. (1986). *Psicología* (4ta ed.). México D.F., México: Interamericana.
- Zeidenstein, G. (1980). The user perspective: An evolutionary step in contraceptive service programs. *Studies in Family Planning*, 11(1), 24-28.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Satisfacción de los usuarios externos acerca de la infraestructura y de la calidad de atención en la consulta del servicio de gineco-obstetricia del hospital de la solidaridad de Comas agosto 2011 – febrero 2012”

Identificación:

Hospital – Servicio: Hospital de la Solidaridad Comas - Servicio de Consulta Externa de Gineco - Obstetricia

Responsable: Obs. Carolina Zamora Chavez

Nombre y Apellidos del Entrevistado:

Información sobre el procedimiento:

Esta Encuesta servirá para conocer su grado de Percepción con la atención recibida en el servicios de Gineco- Obstetricia y de la infraestructura donde Ud recibe la atención identificando los factores determinantes de satisfacción o insatisfacción, para abordarlos a través de procesos de mejora continua para ello se aplicará la encuesta a la salida del consultorio, inmediatamente después de que se les otorgue los servicios Brindados.

El beneficio de este estudio lo comprobará al acudir nuevamente al Hospital y verá las mejoras realizadas porque su opinión nos importa .

No perjudicará su estado de Salud y nos disculpamos si esta encuesta le generase algún tipo de molestia o incomodidad pero es para ofrecerle un mejor servicio.

Entenderemos si Ud se niega a realizar la presente encuesta.

Declaraciones y firmas:

Nombre y apellidos del Entrevistado.....

Declaro que he recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento, finalidad, riesgos, beneficios y alternativas.

Nombre del Entrevistador que da la información.....

Declaro que he quedado satisfecho con la información recibida, la he comprendido, se me ha respondido todas mis dudas y comprendo, mi decisión es VOLUNTARIA.

Declaro que presto mi consentimiento para el recojo de mis opiniones y de que conozco mis derecho a interrumpirlo cuando lo desee, con la única obligación de informar de mi decisión al entrevistador.

Firma del entrevistado.....

Firma del entrevistador.....

Fecha.....

Apartado de firmas para el caso de que el paciente no autorice el procedimiento.....

Apartado de firmas para revocar el consentimiento.....

Apartado de firmas para los sustitutos del paciente, en el caso de incompetencia del mismo.....

Deberá incluir el motivo por el que sustituye al paciente en la autorización.....

ENCUESTA DE OPINION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

Número.....

Encuesta.....

Fecha:.....

Día/ Mes /Año

Nombre del Establecimiento de Salud:.....

Buenas, estamos haciendo un estudio con los usuarios para conocer mejor sus necesidades y su opinión sobre el servicio que se da aquí. Sus respuestas son confidenciales, así que le agradecemos ser lo más sincero posible.

Parte I: Aspectos Generales

¿Cuál es su edad? Sexo : M..... F.....
Años

¿ En dónde vive? Procedencia
1 = Urbano
2 = Rural
3 = Urbano

marginal

(pueblo)

joven)

Cuál es su Grado de Instrucción: 1 = Analfabeto 4 = Superior técnica
2 = Primaria 5 = Superior Universitaria
3 = Secundaria 6 = No sabe/ no opina

¿Por qué escogió venir a este establecimiento de salud?

Está más cerca..... No tengo seguro.....

Es barato..... Hay buena atención.....

No hay otro establecimiento a dónde acudir.....

Otro:.....Cuál?

Parte II: Percepción del usuario respecto a la atención recibida

CODIGO LITKER	Estoy : PARAMETROS DE LA ESCALA DE
5	MUY BUENO
4	BUENO
3	REGULAR
2	MALA
1	MUY MALA

1. ¿Durante su permanencia en el establecimiento lo trataron bien?. 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 2. ¿El personal le brindó confianza para expresar su problema?. 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 3. ¿Considera que durante la consulta médica le hicieron un examen completo?. 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 4. ¿El personal que le atendió le explico sobre el examen que le iba a realizar?. 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 5. ¿El personal que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cual es su problema de salud o resultado de la consulta?. 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 6. ¿Si le dieron indicaciones en una receta; ¿están escritas en forma clara para Ud.? 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 7. ¿El personal que le atendió le explicó los cuidados a seguir en su casa? 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 8. ¿Las tarifas establecidas en el establecimiento para la atención, están a su alcance? 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 9. ¿El personal del establecimiento respeta sus creencias en relación a la enfermedad y su curación? 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 10. ¿El horario de atención del establecimiento le parece conveniente? 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
- Si es No, ¿ qué horario sugiere? :.....
11. El servicio cuenta con un vestidor para el paciente 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 12. ¿Le parecieron cómodos los ambientes del Servicio de Gineco Obstetricia. 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 13. El servicio de Gineco se encuentra limpio?. 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 14. ¿Durante la consulta se respeto su privacidad?. 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 15. En términos generales ¿Ud. siente que le resolvieron el problema motivo de búsqueda de atención?. 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....
 16. En términos generales ¿Ud. se siente satisfecho con la atención recibida?. 1..... 2..... 3..... 4..... 5.....

¿Por que?:

.....

.....

Parte III: Opiniones y sugerencias respecto de la atención recibida.

.....

.....